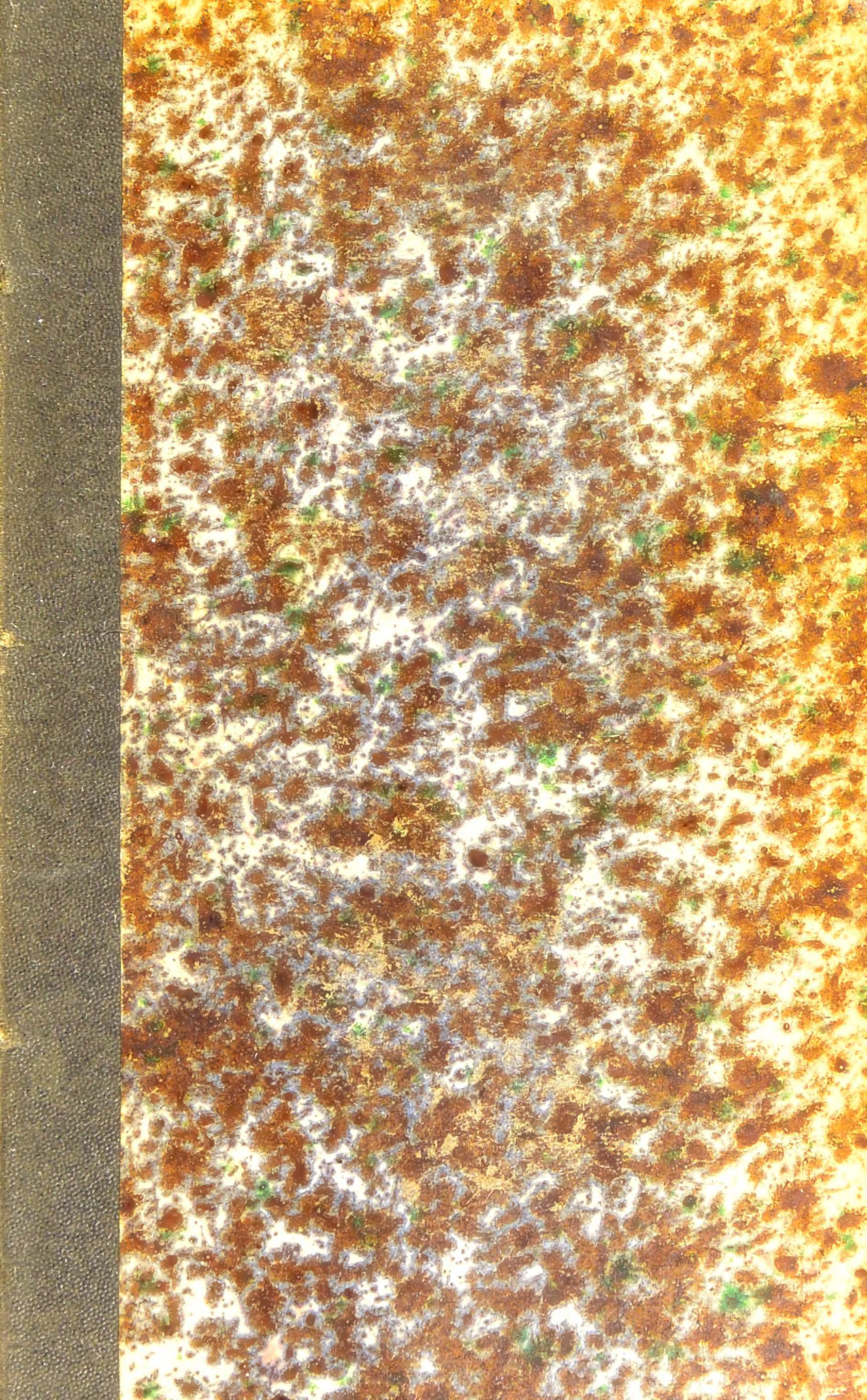



22500875719

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 p. 1re année. 5 fr.

— 2e année. 1 vol. de 759 pages. 6 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr.

Mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques et considérations générales sur les maladies du cœur, du docteur Alvarenga, traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 320 pages. Paris. 1856. 4 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F. A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages, traduit du portugais. Paris, 1858. 6 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8 avec planche. Paris, 1859.

Donné avec l'ouvrage précédent.

— Séparément. 50 cent.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga, traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 4 fr. 50

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, chevalier de l'ordre du Christ de Portugal, rédacteur de l'*Union médicale*.

PRÉCÉDÉ D'UNE INTRODUCTION

Par M. le docteur AMEDÉE LATOUR

Deuxième année 1865





PARIS

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

Rue de l'École-de-Médecine, 17.

Londres
Hipp. Baillière, 219, Regent street.

New-York
Baillière brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DEL PRINCIPE ALFONSO, 16.

1866

INTRODUCTION

Si je rappelle que je suis le parrain de cet ouvrage et que, sur mes conseils, l'auteur et l'éditeur en ont entrepris la publication, c'est pour qu'il me soit permis de prendre une part de satisfaction de son succès, car il a obtenu un très-honorable succès et, la meilleure preuve qu'on puisse en donner, c'est la publication de la seconde année. On est toujours flatté d'avoir vu juste et, surtout, de n'avoir pas donné de mauvais conseils à ses amis.

La fortune du *Dictionnaire annuel* est donc assurée ; elle doit même s'accroître parce que cet ouvrage répond à un véritable besoin des médecins, celui de conserver le souvenir des choses utiles et de pouvoir les retrouver au besoin. Il est, suivant la juste appréciation de M. le docteur Cotting, de Boston, « tout à fait la chose nécessaire, indispensable au praticien actif, occupé, qui doit se tenir au courant des progrès de sa profession, et qui n'a pas le temps de chercher le grain de froment dans un tas de paille. — *The grain of wheat in the bushel of chaff.* » Ces avantages, que je faisais valoir l'année dernière, ont été appréciés et le seront de plus en plus.

Ce dictionnaire des *progrès* doit donner lui-même l'exemple du progrès, et, sous ce rapport, il mérite des félicitations. Le volume s'est enflé, il a 250 pages de plus que celui de l'année passée ; la *bibliographie* s'est étendue, et l'auteur, avec beaucoup de déférence, a suivi l'avis que je lui avais donné de consacrer quelques pages à la *nécrologie*. En mettant autant

d'empressement à se rendre à mes conseils, il pourrait me rendre exigeant ou indiscret. Heureusement que j'ai peu de chose à lui signaler qui doive être réformé. Je lui indiquerai seulement de veiller à éviter quelques répétitions, ou plutôt, à ne pas disséminer sous des vocables divers des sujets identiques, par exemple, la *syphilis vaccinale* et la *vaccine syphilitique*, et quelques autres petites modifications de détail qui ne peuvent que rendre son œuvre plus utile et plus recherchée, et que je lui signalerai chemin faisant.

Tel que je viens de le parcourir, ce nouveau volume m'a paru mériter une plus grande bienveillance encore que son aîné, et M. Garnier me semble entrer de plus en plus dans les intentions de cette publication périodique.

Je remarque avec plaisir que l'auteur qui, l'an passé, s'était montré sobre jusqu'à l'abstention d'appréciation et de critique, a été moins timide cette année ; il dit volontiers son opinion sur beaucoup de choses et, je le signale à la louange de son indépendance, ce ne sont pas aux plus humbles qu'il adresse sa critique.

Et, à propos de critique, pourquoi le *Dictionnaire* n'aurait-il pas un article sous ce titre, dans lequel seraient signalées les meilleures appréciations des productions de la littérature médicale? La critique scientifique et littéraire est un mode d'enseignement qui a sa raison d'être et sa fécondité. Il est vrai qu'elle est languissante et terne en ce moment, ou bien, quand elle prend quelque accent, c'est aux dépens de la justice, de la modération et du bon goût. Cependant, on pourrait encore glaner quelques bons épis, dans ce champ sans doute mal cultivé, et l'honneur d'être cité dans le *Dictionnaire* pourrait encourager quelques essais.

L'année s'étant montrée à peu près stérile en productions philosophiques et dogmatiques, le *Dictionnaire* n'indique rien de ce côté. A l'occasion de la discussion sur l'aphasie, c'est à peine si quelques orateurs de l'Académie de médecine ont tenté d'entrer dans le domaine de la psychologie ; il n'y a eu ni entraînement ni imitation. Il paraît que les philosophes

et les dogmatistes se recueillent! C'est en vain qu'à l'occasion du rapport officiel sur les eaux minérales, Pidoux a cherché résolûment, par une savante disquisition sur la pathogénie et le traitement des maladies chroniques, à soulever une discussion de pathologie générale; sa voix s'est éteinte sans écho.

Peu de découvertes en *anatomie;* les seules qui aient été signalées sont indiquées par le *Dictionnaire.* Ainsi, les dispositions décrites par Deville des glandes linguales, celles du plexus artériel sous-pleural, par W. Turner, des canaux péri-vasculaires des centres nerveux, par His, les recherches du professeur Claudius (de Marbourg) sur la position normale de l'utérus, de Joulin sur la membrane lamineuse, l'état du chorion et la circulation dans le placenta à terme, de Mantegazza sur le poids des testicules, etc.

Nous croyons que les lecteurs du *Dictionnaire* auraient su bon gré à M. Garnier de donner, à l'article *Histologie,* un résumé succinct des leçons du professeur Robin, ce qui lui aurait été facile, puisque ces leçons sont publiées dans un journal de médecine.

En *physiologie,* la récolte a été plus abondante et de bonne qualité. Les recherches du docteur Recklinghausen sur l'*absorption* des substances grasses, peuvent conduire à des indications thérapeutiques et méritaient d'être consignées dans le *Dictionnaire,* ainsi que l'a fait M. Garnier.

On lira avec intérêt les curieuses recherches de E. Robin sur l'alimentation.

L'*anesthésie* par l'éther reprendra-t-elle le terrain que le chloroforme lui a fait perdre? Le *Dictionnaire* ne dit encore ni oui ni non, mais il indique avec soin les recherches chimiques et expérimentales qui se sont produites depuis peu en faveur de l'éther, dont Montpellier, Lyon et Naples se disputent la priorité et la constance d'application.

La *physiologie du cœur* a reçu quelques développements intéressants des recherches et expériences de Collin sur les différences d'action entre les cavités droites et les cavités

gauches, de celles de Marey sur l'influence de la respiration sur les battements du cœur, de la théorie nouvelle de l'occlusion auriculo-ventriculaire proposée par Onimus; sujets que le *Dictionnaire* a eu soin de ne pas passer sous silence, car une bonne physiologie conduit à une bonne pathologie.

La chimie physiologique s'est enrichie d'une découverte due à Béchamp, à savoir, la *néfrozymase*, principe qui semble jouer dans l'urine le rôle de la diastase dans les liquides salivaires.

Les belles expériences de Vulpian, sur l'action des poisons sur le système nerveux, sont plus négatives que positives, sans doute, puisqu'elles détruisent en partie les résultats annoncés par Roudanowski; mais elles ne sont pas moins intéressantes, puisque mieux vaut savoir qu'on ne sait pas que mal savoir.

Rien d'important dans les études et les recherches de physiologie n'a été omis par le *Dictionnaire.* Ainsi y figurent celles de Renzi sur les fonctions du cervelet, de Charcot sur les fonctions des racines antérieures, de Bert sur les greffes animales, de Levey sur la chaleur humaine, de Lagneau sur la puberté, de Waters sur le murmure respiratoire, de Longet sur le mouvement circulaire de la matière dans les trois règnes, de Mantegazza, Pelouze, Collin et Rovida sur le sang.

Avec une analyse succincte de quelques-unes des belles leçons de Cl. Bernard au Collége de France, cette division n'eût rien laissé à désirer.

En *hygiène*, le contingent n'est pas à dédaigner. La question de l'influence des mariages consanguins sur les enfants occupe toujours l'attention des hygiénistes. Malheureusement, à mesure que les recherches se multiplient et que les matériaux deviennent plus nombreux, le doute et la confusion s'étendent sur ce point. Il n'en est pas moins intéressant de connaître tous les éléments du problème, et l'article *Consanguinité* expose et résume tous les documents que l'année a fait naître.

Les curieuses et quelquefois bien singulières recherches de

Boudin sur les accidents occasionnés par la *foudre* sont aussi exposées dans le *Dictionnaire.*

De même le remarquable travail de Gallard sur l'*aération*, la *ventilation* et le *chauffage des hôpitaux* a été l'objet d'une analyse concentrée, comme celui de Carret sur le danger des poêles en fonte et la discussion académique à laquelle il a donné lieu ; le mémoire de Fonssagrives sur le danger du curage des chaudières à vapeur, de Hillairet sur la fabrication du verre à mousseline, ont été remarqués et cités par M. Garnier, ainsi que plusieurs autres articles d'hygiène publique et maritime.

Le mémoire de M. Jolly sur l'influence nocive du *tabac*, qui a eu un si grand retentissement, est l'objet d'une analyse étendue et de la synthèse des remarques qu'il a suscitées dans la presse, notamment de la statistique de Bertillon.

Tout ce qui touche à la *vaccine* a pris, depuis quelque temps, un intérêt suprême. Le *Dictionnaire* reproduit avec extension tout ce qui a été fait sur ce sujet, les expériences de la Société des sciences médicales de Lyon sur l'indépendance de la vaccine et de la variole, sur la revaccination, sur la vaccine syphilitique, sur la vaccination animale qui fait tant de bruit à cette heure, et qui ne semble pas tenir toutes les promesses dont elle a été l'objet.

A l'article *Médecine légale*, les lecteurs trouveront tout ce qui a été publié d'intéressant et de pratique sur cette partie de la science, par exemple : un intéressant rapport de Azam à la Cour d'assises de la Gironde sur les effets du séjour à l'hôpital pour une plaie pénétrante, un empoisonnement par un lapin, d'intéressantes expériences sur la blennorrhagie dans des questions de viol.

Au mot *Sang* est indiqué le remarquable travail de Roussin sur le moyen de constater l'existence et la nature du sang dans les recherches médico-légales.

Mais c'est surtout la *pathologie médicale* dans tous ses éléments : anatomie pathologique, diagnostic, étiologie, séméio-

logie et thérapeutique, qui a fourni les pages les plus nombreuses au *Dictionnaire*. Signalons les principaux articles afférents à cette division :

Une excellente leçon clinique comme malheureusement n'en fait plus Trousseau depuis qu'il a repris l'enseignement théorique, une leçon, disons-nous, sur les *abcès périnéphriques*, est résumée et concentrée en quelques pages, suffisantes néanmoins pour fixer le diagnostic dans l'esprit des praticiens.

De même, une autre leçon du même professeur sur cette singulière et rare maladie qu'il a désignée sous le nom d'*adénie*, et dont douze observations empruntées à divers auteurs lui ont permis de tracer un tableau fidèle.

C'est encore Trousseau qui, rappelant les intéressantes observations de Bourgeois (d'Étampes), a attiré l'attention sur un accident dont les exemples ne sont pas très-communs, c'est-à-dire l'*anasarque par rétention d'urine*, sujet sur lequel le *Dictionnaire* résume les connaissances acquises.

A l'article *Albuminurie*, M. Garnier a résumé plusieurs travaux originaux tels que celui de Woillez sur les complications de la péritonite avec cette maladie, la thèse intéressante d'Ollivier sur l'anatomie pathologique de cette affection, les observations de Sauveur sur son traitement par la graine de clématite, de Lionnel Beale sur l'emploi du perchlorure de fer, du professeur Prudente sur l'emploi de l'iodure de potassium.

Les belles recherches de Lancereaux sur les lésions anatomo-pathologiques produites par l'*alcoolisme*, sont également indiquées avec soin.

L'*aphasie* a beaucoup occupé encore cette année l'Académie de médecine et la presse. Le *Dictionnaire* donne un résumé très-exact et une analyse fidèle de toutes les opinions émises, notamment par Parchappe, Cerise, Baillarger, Bonnafont. La valeur séméiotique de l'aphasie, bien étudiée par Lancereaux, les faits divers et contradictoires présentés par plusieurs observateurs, sont rapprochés, comparés par M. Garnier, qui en offre ainsi la correction et la critique.

On rapprochera de cet article l'*aphthongie*, que résume un excellent travail de de Fleury (de Bordeaux) sur cette espèce nouvelle d'aphasie.

L'immortelle découverte de Laennec voit tous les ans s'agrandir son domaine et les résultats acquérir une plus grande précision. Cette année, un travail important de Woillez a donné une théorie nouvelle des bruits normaux et anormaux basée sur une interprétation plus rigoureuse de ces bruits au point de vue des lois physiques. Ce travail sur l'auscultation est synthétisé dans le *Dictionnaire*, ainsi que celui du professeur Baccelli, de Rome, sur la pectoriloquie aphonétique. Les praticiens seront aussi bien aises d'y rencontrer les règles de la nouvelle application de l'auscultation faite par Natanson, de Varsovie, au diagnostic des altérations de l'œsophage et les résultats dignes d'attention auxquels il est arrivé à cet égard.

La nouvelle invasion du *choléra morbus* a fourni un large et triste contingent. Dans autant de paragraphes, M. Garnier traite de son origine et de son itinéraire, de la contagion, en indiquant les faits pour et contre, de sa pathogénie, de son diagnostic, de son pronostic, de la prophylaxie, des symptômes prémonitoires, de l'isolement des malades, du traitement, à l'occasion duquel il indique tout ce qui s'est produit d'intéressant et de nouveau. Cet article, fait avec beaucoup d'intelligence, contient tout ce que le praticien doit retenir de cette nouvelle et cruelle expérience.

D'autres épidémies ont sévi sur certaines parties de l'Europe, et le *Dictionnaire* devait les signaler. Ainsi, le *typhus récurrent* de la Russie, la *méningite cérébro-spinale* de l'Allemagne, épidémies sur lesquelles il fait connaître, par une analyse substantielle, les principaux travaux auxquels elles ont donné lieu.

Un mémoire très-intéressant de Feltz, chef des cliniques à Strasbourg, mémoire aussi très-substantiellement analysé, fait connaître une altération des poumons, la *cirrhose pulmonaire*, jusqu'ici confondue avec la tuberculose, et qui est propre aux ouvriers qui inspirent des poussières et notamment aux tailleurs de pierre.

Il offre encore l'exposé des mémoires importants de Parrot et de la thèse couronnée de Gouraud sur les causes anatomo-pathologiques du phénomène morbide désigné par Beau sous le nom d'*asystolie*, sur laquelle ces travaux distingués ont jeté de nouvelles lumières.

L'étiologie, le diagnostic et le traitement du *diabète* ont aussi été le sujet de recherches intéressantes résumées avec soin. Ainsi, une nouvelle interprétation contradictoire de l'action de l'opium par Pécholier et l'emploi de l'ozone discuté à l'Académie.

Il indique également le procédé de Besnier contre l'élément *douleur* dans la pleurodynie, les névralgies rhumatismales, les coliques, etc.

De même des observations curieuses de Tillaux, Lyons et Bennet sur la *dysménorrhée* et ses causes et les deux nouvelles espèces d'*aménorrhée* proposées par Raciborski.

Le travail très-remarquable du professeur Wagner, de Leipzig, sur l'*embolie graisseuse*, est le sujet d'une analyse intéressante.

Depuis que le docteur Senhouse Kirkes a signalé une forme particulière d'embolie granuleuse déterminant l'ulcération de l'endocarde, dix observations de cette *endocardite ulcéreuse* ont été recueillies et leur analyse a permis de présenter le tableau de cette maladie reproduit avec exactitude dans le *Dictionnaire.*

Ce terrible sphinx pathologique qu'on appelle l'*épilepsie* ne cesse de préoccuper les médecins. Aussi le *Dictionnaire* donne-t-il avec détails, entre autres, le beau travail de Moreau (de Tours) sur le diagnostic de cette maladie et le mémoire intéressant de Rengade et Raynaud sur ses complications; deux cas de rupture du cœur; les expériences consolantes de Bazin sur l'emploi du bromure de potassium, qui, malheureusement, n'ont pas été confirmées par celles plus nombreuses faites à Bicêtre. Les résultats très-remarquables de l'hydrothérapie sont aussi rappelés.

Admise par les uns, rejetée par les autres, la contagion dans l'*érysipèle* a besoin encore d'observations nombreuses pour

ne laisser aucun doute sur sa réalité. Les faits qui ont surgi cette année ont été soigneusement colligés ainsi que ceux qui sont relatifs aux ulcérations duodénales dans cette maladie.

On lira avec intérêt la relation de tous les faits tendant à démontrer l'utilité des injections hypodermiques d'une solution de sulfate de quinine dans le traitement des *fièvres intermittentes.*

Dans la *fièvre typhoïde*, on a signalé, en Allemagne et en France, des altérations musculaires analogues à celles que l'on a déjà observées dans la fièvre puerpérale, la morve et l'infection purulente; le *Dictionnaire* en donne une bonne description.

Un interne de la Salpêtrière, Prévost, a appelé l'attention sur la déviation des yeux et de la tête comme moyen de diagnostic de l'*hémiplégie*, déviation qui existe du côté opposé à l'hémiplégie, c'est-à-dire du côté de l'altération encéphalique.

D'un autre côté, le professeur Pihan-Dufeillay, de Nantes, a cherché à introduire une nouvelle espèce d'hémiplégie sous le nom d'*hémiplégie dyspeptique* et dont il a rapporté deux exemples.

Ce serait aussi une espèce nosologique spéciale que Boucaud, de Lyon, a décrite sous le nom d'*herpès fébrile*, et que Gubler, Axenfeld et Bucquoy rapportent en général aux fièvres éphémères sans gravité.

La belle description donnée par Lasègue de la *catalepsie hystérique* constitue une des meilleures pages du *Dictionnaire.*

Toutes les modifications proposées à la construction du *laryngoscope* sont indiquées et décrites. On trouve aussi la confirmation des recherches de Gubler, en France, et de Hayden, à Dublin, sur les relations de la *coloration bronzée de la peau* avec les altérations des capsules surrénales.

Les nouvelles études du professeur Gintrac sur la *méningite rhumatismale* ne pouvaient passer inaperçues et ont été l'objet d'une analyse exacte, ainsi que les vues étiologiques nouvelles de Desclaux, les recherches de Bouchut sur l'ap-

plication de l'ophthalmoscope au diagnostic, les remarques pratiques sur un nouveau signe et sur son traitement préventif.

Parmi les questions intéressantes traitées au congrès médical de Bordeaux est celle de l'*embolie* et de la *thrombose*, qui a fourni au professeur Bouillaud l'occasion d'un discours très-éloquent et très-patriotique et une réponse pleine de finesse par Verneuil; les lecteurs du *Dictionnaire* trouveront un résumé très-suffisant de cette curieuse discussion, par Tartivel.

Le traitement des *névralgies* par l'emploi des douches capillaires de de Laurès a donné trois cas de guérison, dont il était utile de garder le souvenir.

Dans un excellent mémoire de Kuhn sur l'*ostéomalacie*, cet honorable confrère a cherché à mieux différencier qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les caractères propres, essentiels des différentes espèces de ramollissement des os. L'analyse très-substantielle de ce travail sera consultée avec fruit.

Sous la dénomination de *pachyméningite*, Virchow a désigné une inflammation spéciale de la dure-mère, sur laquelle Christian a écrit une monographie remarquable.

Les diverses espèces de *paralysies* ont donné lieu à quelques recherches intéressantes. L'anatomie pathologique de la paralysie générale a été éclairée par les observations de Regnard. Perret a donné une signification plus exacte du tremblement dans cette maladie. Bouchut a rapporté des observations encourageantes de traitement par le nitrate d'argent.

La paralysie ascendante aiguë a trouvé un historien exact et soigneux dans Lévy, dont la monographie est très-remarquable.

Les travaux récents sur la *pellagre* et notamment la belle monographie de Th. Roussel, qui a obtenu le grand prix de l'Académie des sciences, sont analysés et appréciés.

Des essais de traitement de la *péritonite* par le collodion (méthode de Robert de Latour) ont été faits avec succès à la Maternité de Toulouse par le professeur Laforgue, et à Marbourg par le professeur Dohrn.

Notre plus grave et notre plus terrible endémie, la *phthisie*,

suscite toujours de nombreuses études. Le *Dictionnaire* rend compte des recherches de Feltz et de sa nouvelle classification de la phthisie, de Smith sur son étiologie, de Villemin sur son inoculation, de Schnepp, Millet, Dobell, Fonssagrives et d'autres sur son traitement.

Les effets et les conséquences thérapeutiques de la *pulvérisation* n'ont jamais été étudiés plus rigoureusement que dans le mémoire présenté à ce sujet à la Société d'hydrologie par de Puisaye. Une analyse étendue de ce beau travail fixera les praticiens sur la valeur réelle de cette méthode thérapeutique si ingénieusement introduite dans l'art par notre honorable confrère Sales-Girons.

Un très-bon mémoire de Fritz sur les *reins flottants*, travail rapproché de tout ce qui a été écrit sur ce sujet, a permis à M. Garnier de présenter en quelques pages un résumé de l'état de la science sur ce point de pathologie.

Le traitement du *rhumatisme articulaire* préoccupe toujours les praticiens. Des essais nouveaux, il faut retenir les expériences de M. Davies sur l'emploi presque exclusif des vésicatoires, traitement modifié par Lasègue, qui, aux vésicatoires, a substitué l'emploi des bandelettes épispastiques, et les injections hypodermiques de quinine pratiquées par Dodeuil.

Dans un cas de variole anormale très-grave, Proust a constaté une altération des globules du *sang* qu'il a décrite.

Les recherches de Alf. Fournier sur l'incubation de la *syphilis* ont montré que cette période pouvait avoir une durée beaucoup plus longue qu'on ne le croyait généralement. Cette maladie a, d'ailleurs, été le sujet de travaux intéressants, parmi lesquels il faut citer ceux de Küss (de Strasbourg) sur les effets de l'iodure de potassium, de Gaujot, Foucher, sur le phagédénisme, de Sorésina sur les tubercules muqueux, et surtout un excellent mémoire de H. Roger sur la syphilis infantile.

Le fait le plus émouvant de syphilis vaccinale est celui que Millard a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, et dont M. Garnier a présenté une analyse fidèle.

Un fait de *thoracocentèse*, pratiqué par Piorry par un

procédé particulier, a suscité une très-longue discussion à l'Académie de médecine sur les dangers de la pénétration de l'air dans la poitrine après cette opération et sur les moyens de la prévenir. Les principaux éléments de cette discussion sont reproduits dans le *Dictionnaire*.

Ladame (de Neufchâtel) a publié une bonne monographie des *tumeurs de la protubérance annulaire*, dont M. Garnier a indiqué les points les plus saillants.

Quoique moins abondante, la moisson recueillie dans le champ de la pathologie chirurgicale offre un réel intérêt. En voici les détails les plus importants :

L'article *Amputation* contient une bien intéressante observation d'amputation de la langue, pratiquée par le professeur Syme (d'Édimbourg) dans des conditions qui en ont rendu le succès remarquable.

L'article *Anévrysme* est riche de renseignements. Au point de vue du diagnostic, on lira avec intérêt la nouvelle tentative faite avec succès par Potain pour découvrir un anévrysme de l'aorte au moyen du laryngoscope. Deux observations nouvelles d'anévrysme artérioso-veineux dues à Gallard et Letenneur sont résumées avec soin. Une observation très-curieuse d'anévrysme poplité guéri par l'emploi de l'acétate de plomb, encouragera peut-être les praticiens à recourir plus souvent à ce traitement. Par contre, le danger des injections coagulantes est mis dans tout son jour par une observation on ne peut plus curieuse de Chabrier, et dans laquelle l'injection coagulante a été suivie de la momification et de la gangrène de la main. Elles ont même provoqué la mort dans deux cas de nævus.

A l'article *Cancer*, l'un des plus étendus du volume, on trouvera résumées les recherches de Charcot sur la *paraplégie douloureuse* occasionnée par des dépôts cancéreux dans le corps des vertèbres lombaires, et tous les essais de traitement tentés contre cette affreuse maladie : la nitrobenzine, le perchlorure de fer, les injections hypodermiques, l'acide citrique comme moyen sédatif des douleurs.

Un nouveau traitement des *kystes de l'ovaire*, le traitement par aspiration, proposé par Buys, a été indiqué avec étendue, et deux observations dues à Bergeret (d'Arbois) deux nouveaux succès de traitement de ces kystes par les sondes à demeure, ont été reproduites et appréciées. Les essais de traitement par l'électropuncture et par le chlorate de potasse sont également cités.

Tout ce qui a été publié d'intéressant sur les *luxations* a été indiqué et décrit.

L'*ovariotomie* a donné lieu à de nombreuses publications dont M. Garnier a présenté l'analyse. Ainsi le *Dictionnaire* donne le résumé des opérations nouvelles pratiquées par Kœberlé, Courty, Brulet, Berrut, Péan, Labbé, Richet, Gayet, etc. Le *Dictionnaire* donne également la statistique des résultats obtenus par plusieurs praticiens de l'Angleterre et d'autres pays, statistique qui, si elle est basée sur des faits comparables, permet de fonder une opinion sur cette grave opération.

Le traitement des *plaies pénétrantes du genou* a été le sujet d'une discussion intéressante et étendue à la Société de chirurgie et a suscité des communications non-seulement des membres de la Société, mais aussi d'un grand nombre d'autres chirurgiens,

Un nouveau cas de *polype laryngien*, traité par la trachéotomie, a fourni l'occasion d'analyser un mémoire dans lequel Gibb a indiqué tous les cas connus de ce traitement avec leurs résultats.

Le traitement des *polypes naso-pharyngiens* par une méthode qui épargne de graves et effrayantes mutilations, a été porté à la Société de chirurgie par A. Guérin et y a soulevé une discussion des plus intéressantes, dont le *Dictionnaire* donne le compte rendu analytique.

La question des *résections sous-périostées* est toujours à l'ordre du jour. La reproduction des os après ces résections, contestée par Sédillot et Desgranges, a été démontrée par un fait nouveau présenté par Ollier et que le *Dictionnaire* reproduit. Ollier a également fait connaître un nouveau procédé

des *résections articulaires* auquel semblent attachés quelques avantages.

Des modifications, qui paraissent heureuses, au manuel opératoire de la *staphylorrhaphie*, ont été apportées par Trélat et méritaient d'être consignées dans le *Dictionnaire*.

Le mémoire de Gosselin sur la *tarsalgie* et la discussion qu'il a suscitée à l'Académie de médecine sont fidèlement résumés.

Une très-intéressante discussion sur l'*uréthrotomie*, à la Société de chirurgie, a été reproduite dans ses traits principaux, accompagnée d'un résumé d'autres travaux sur ce sujet publiés en France et à l'étranger.

La *gangrène de l'utérus* est une affection rare; Hervieux en a observé un cas bien réel dont le *Dictionnaire* donne les principaux détails.

Sous le titre *Accouchement*, M. Garnier a très-heureusement résumé un grand nombre de publications dont les principales sont celles de Guyot sur la mortalité des femmes en couches à la Maternité de Paris, sur les morts subites avant, pendant et après l'accouchement, sujet qui a occupé plusieurs médecins; sur l'accouchement précipité.

Au mot *Avortement*, le *Dictionnaire* reproduit en substance une très-intéressante observation d'avortement provoqué, publiée par Devilliers, et au mot *Dystocie* tous les faits importants qui ont été publiés sur ce sujet.

Le *relâchement des symphyses*, suite de couches, a été le sujet d'une excellente leçon clinique de Trousseau, très-substantiellement analysée dans le *Dictionnaire*.

A l'article *Am urose*, on lira avec intérêt une observation de Hart, d'amaurose à la suite d'accès épileptiques et profondément modifiée, ainsi que l'épilepsie, par les applications réfrigérantes sur la partie inférieure de la région cervicale, selon la méthode du docteur Chapman.

L'*ophthalmologie*, d'ailleurs, a donné lieu à un grand nombre de travaux dont les principaux et les plus utiles sont

exactement indiqués. Citons les observations de procidence de l'œil par Nunneley, celles de Stœber sur la pénétration des corps métalliques, le travail de Desmares fils sur les synéchies, de Wecker sur l'ophthalmie lymphatique, de Fonssagrives sur l'ophthalmie phlycténulaire, de Johnson sur l'ophthalmie strumeuse.

Plaçons ici l'appareil imaginé par Garrigou-Desarènes sous le nom d'*otocospe*, instrument de progrès pour le diagnostic des maladies de l'oreille.

Sans doute, dans cette énumération que nous pourrions allonger encore, on ne trouvera aucune de ces grandes découvertes qui changent l'aspect d'une science, ou qui l'entraînent irrésistiblement dans une direction déterminée. Mais les conditions de ce genre sont infiniment rares, et les générations médicales qui une fois ont joui de ce spectacle ne sont pas appelées à en jouir une seconde. Le commencement du XIXe siècle a vu une grande agitation médicale à laquelle a succédé une période de défiance et de doute dont les résultats ont été de jeter la science dans les voies plus longues mais plus sûres de l'observation et de l'expérimentation. La science médicale observe, expérimente aujourd'hui, mais elle dogmatise peu. Elle fait provision de faits pour arriver aux principes, et nul ne pourrait dire encore, sans témérité, quels principes sortiront de la direction actuelle des études médicales. Cette direction, j'aurais voulu la voir indiquée et appréciée par le *Dictionnaire*. Par modestie ou par prudence, M. Garnier s'est tenu à l'expression pure des choses sans remonter au mobile. Je ne veux pas être plus ambitieux que lui, et surtout je ne veux pas le rendre solidaire d'opinions et d'idées qui pourraient n'être pas les siennes. Je me borne donc à signaler ce que je trouve dans ce livre et ce que je n'y trouve pas, et cette dernière indication ne doit pas être prise pour un blâme, car personne mieux que moi ne comprend les difficultés et les périls d'un exposé de doctrines.

Voici une innovation fort approuvable :

Les concurrents aux *prix* académiques ne trouveront guère

que dans le *Dictionnaire* l'indication de ceux que doivent décerner tous les ans les Académies et Sociétés savantes de France et de l'étranger. C'est une très-bonne idée qu'a eue là M. Garnier, et nous l'engageons à la développer encore en y ajoutant des renseignements qui font défaut, tels que l'époque de la clôture des concours et l'indication des personnes auxquelles les travaux et mémoires doivent être adressés.

Dictionnaire des progrès des sciences et des INSTITUTIONS *médicales*, tel est le titre de cet ouvrage et l'auteur lui est resté fidèle. Ainsi, pour les institutions, il donne la convention internationale conclue à Genève pour la neutralisation du service sanitaire, une analyse d'un intéressant travail de Feignaux sur les secours volontaires en temps de guerre, les arrêtés, règlements et autres dispositions administratives relatifs à l'enseignement de la médecine et de la pharmacie. Il indique également les opinions et idées émises dans la presse sur la création de Facultés nouvelles, sur les modifications à apporter aux jurys d'examen, sur l'extension de l'enseignement libre, sur l'enseignement en Angleterre, les décisions judiciaires intéressant la profession, une analyse substantielle de tout ce qui a été publié sur l'administration hospitalière, sur les secours à domicile, sur le timbre des certificats, sur le secret médical, sur la réorganisation du service de santé de la flotte, etc.

Je regrette néanmoins que M. Garnier n'ait pas mentionné les conférences historiques et littéraires qui ont eu lieu l'hiver dernier à la Faculté de médecine de Paris, et que les malheureuses circonstances qui viennent de se passer n'ont pas permis de continuer cette année.

J'ai peut-être beaucoup d'exigences pour ce *Dictionnaire*, mais j'aurais voulu qu'il indiquât les nominations et changements dans l'enseignement, dans les académies, en un mot que tous les événements de l'année médicale fussent consignés dans ce volume, qui deviendrait ainsi un recueil précieux pour les historiens futurs.

Autre considération qui doit rendre M. Garnier moins réservé, c'est que le livre jouit de beaucoup plus de liberté

que le journal. Le *Dictionnaire* pourra aborder toutes les questions de l'organisation médicale sans crainte de tomber sous la double et terrible juridiction de l'administration du timbre ou de la police correctionnelle. Dans le journal, de par une interprétation contre laquelle la presse vainement avertie n'a rien fait pour réagir, l'hygiène publique et les questions d'enseignement s'appellent Économie politique et sociale, et ce qui est contravention et délit dans le journal est exempt de toute criminalité dans le livre. Le fisc peut ruiner un journal, le juge peut le détruire, le livre est à l'abri de ces catastrophes.

Que le livre vienne donc ici suppléer le journal et que la liberté se réfugie dans l'asile qui lui reste.

Je conseillais l'an dernier, à M. Garnier, une addition qu'il a trouvée convenable, puisqu'il l'a adoptée, savoir : de conserver dans le *Dictionnaire* le souvenir des confrères méritants qui ont payé, dans l'année, leur tribut à la mort. Le *Dictionnaire* de cette année présente cette innovation et M. Garnier l'a exécutée avec talent et loyauté. Les petites notices qu'il consacre aux morts sont remarquables par la sincérité et la justesse des appréciations, mais, toujours au point de vue de l'histoire, j'engage l'auteur à donner avec précision les titres scientifiques des médecins que la mort nous enlève et la date exacte de leur décès.

Je viens de passer en revue les choses principales de ce nouveau volume, et l'on voit qu'il ne manque ni d'intérêt ni de variété. La liste finale des auteurs, contenant près de 1000 noms et pouvant servir de table des matières, démontre d'ailleurs la multiplicité des sujets touchés. On peut me supposer un peu de tendresse aveugle pour ce produit, non de mes œuvres, mais de mes conseils ; c'est de l'ambition que j'ai pour lui ; comme toute œuvre humaine, celle ci est perfectible et c'est vers le progrès que je le pousse. Le *Dictionnaire* s'est sensiblement accru cette année, je lui prédis qu'il n'en restera pas là ; car à la simple exposition analytique, l'auteur sentira le besoin d'ajouter

l'examen et l'appréciation. M. Garnier, par cet ouvrage seul, peut se faire une très-belle place dans la littérature médicale. Le choix de ses matériaux est judicieusement fait, peut-être devra-t-il accepter plus franchement l'ordre alphabétique et devenir plus sobre de titres généraux sous lesquels il classe beaucoup de détails qu'on a peine à retrouver ou qui exigent de nombreux renvois. Je l'engage enfin à donner un peu plus d'air et de lumière à ses notices, en rappelant quelquefois le point où en était la science avant le travail, objet de l'analyse, et la nature exacte du progrès que ce travail réalise.

Cette dernière observation me paraît essentielle.

AMÉDÉE LATOUR.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET DES INSTITUTIONS

MÉDICALES

1865

A

ABCÈS. Abcès pleurétiques. Il existe des abcès froids, à évolution lente, apyrétique, dont le point de départ est dans une pleurésie ancienne, en voie de résolution, sinon complétement résolue, comme il s'en manifeste aussi de phlegmoneux, suraigus dont le développement est parallèle et pour ainsi dire proportionnel à l'inflammation primitive, pleurésie aiguë ou pleuro-pneumonie. Telle est la proposition formulée par M. Leplat. Jusqu'ici la nature de ces abcès thoraciques avait été soupçonnée, entrevue, affirmée par analogie avec les abcès consécutifs à la péritonite, les tumeurs blanches, etc., plutôt que démontrée. Les preuves contenues dans des faits isolés, épars et répandus çà et là manquaient d'autorité pour faire loi. En les réunissant, en les rapportant au nombre de treize, en les interprétant, M. Leplat a rendu cette cause évidente, manifeste. Il a montré que des causes admises, supposées comme l'ostéite, l'action compressive, mécanique du ceinturon, des bretelles du sac, d'un bouton, d'une agrafe, des vêtements chez les militaires où ces abcès sont plus fréquents que dans la population civile, n'en expliquaient pas mieux l'apparition que la cause plus profonde de la diathèse scrofuleuse ou syphilitique, ni l'influence de la toux admise par Menière. De la relation, de l'ana-

lyse des faits et de leur interprétation, ressortent les conclusions suivantes :

1° Les inflammations de la plèvre, au lieu de se limiter sur le tissu primitivement envahi, ont des retentissements morbides sur les tissus environnants, et sont cause, dans certaines circonstances, des abcès chauds ou froids des parois thoraciques. Cette proposition est prouvée par l'analyse de plus de trente observations.

2° La carie et la nécrose des côtes sont vraisemblablement trop volontiers invoquées comme origine des abcès pariétaux. Quand il n'existe ni scrofule, ni syphilis, ni contusion violente, il est irrationnel de supposer une altération osseuse; lorsque celle-ci existe, elle peut être consécutive,

3° Les efforts de toux sont insuffisants par eux-mêmes pour donner naissance à un abcès thoracique, si leur action n'est secondée par une inflammation pleuro-pulmonaire.

4° Les abcès circonvoisins de la pleurésie admettent trois variétés de rapports entre l'affection primitive et l'affection secondaire: 1° un phlegmon aigu est subordonné à une pleurésie aiguë; 2° un abcès froid à une pleurésie chronique; 3° un abcès chaud à une pleurésie ancienne.

5° Les symptômes des abcès de voisinage aigus ou chroniques n'ont rien de spécial, et ne peuvent servir au diagnostic sans les commémoratifs.

6° Abandonnés à eux-mêmes, ces abcès ont plus que les autres une tendance à s'ouvrir dans les bronches à cause des adhérences pleurales qui existent nécessairement.

7° Les complications qui leur appartiennent directement sont les altérations des poumons et les ostéites consécutives.

8° Leur traitement tire ses indications de la cause qui les a produits. Ils doivent être promptement ouverts, parce que de simples ils peuvent devenir ossifluents, et apporter des désordres graves dans les poumons.

9° J'ai exposé les faits, sans hasarder une théorie ; dans l'état actuel de la science, deux explications peuvent être proposées : 1° la propagation inflammatoire ; 2° l'action réflexe. Cette dernière est à la mode ; elle est acceptable pour les phlegmons se développant loin du foyer primitif. La débilité du sujet sera prise en considération, comme favorisant l'intervention des causes précédentes. (*Arch. de méd.*, mai.)

Abcès périnéphriques. Dans une de ces intéressantes leçons dont il possède le privilége, M. le professeur Trousseau a remis en lumière le début insidieux, la multiplicité des causes et les difficultés de diagnostic de ces abcès à l'occasion d'un cas qui s'est présenté dans son service de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 2. C'est une femme de trente-deux ans qui, depuis dix jours, se plaignait de courbature avec douleurs de reins, de fièvre avec frisson dans l'après-midi et se prolongeant fort avant dans la nuit avec des douleurs lancinantes dans le côté droit. Les cahots de la voiture qui l'amène à l'hôpital déterminent des douleurs dans le ventre, la région hypogastrique en particulier. Cinq jours après son admission, la fièvre devint continue avec paroxysmes régulièrement intermittents accompagnés de frissons.

On pouvait croire à une fièvre bénigne continue. Il y avait, en effet, inappétence, soif vive, nausées, vomissements, amaigrissement rapide, abattement sans stupeur ni taches rosées lenticulaires, ni diarrhée. Des purgatifs répétés amenèrent une amélioration sensible, l'appétit revint.

Mais la malade s'étant exposée au froid, tous les accidents reparurent aussitôt plus intenses, douleurs très-vives dans le côté droit de l'abdomen avec flexion de la cuisse sur le bassin. Bientôt une tuméfaction très-notable se manifeste à la région lombaire, siége d'un empâtement profond. Des douleurs lancinantes décèlent la formation du pus, la fluctuation devient évidente, et une incision profonde pratiquée par M. Jobert donne issue à une grande quantité de pus qui soulage immédiatement la malade, laquelle guérit rapidement.

Les douleurs dans le côté droit sans phénomènes morbides qui les expliquassent et surtout les accès intermittents irréguliers de la fièvre, comme dans toutes les lésions des organes urinaires, étaient donc les seuls signes avant-coureurs propres à dévoiler le mystère. Les douleurs ressenties sous l'influence de la voiture pouvaient surtout l'éclairer.

Il est d'autant plus important de porter ici de bonne heure un diagnostic exact qu'en vertu de l'aphorisme : *Ubi dolor, ibi fluxus*, il semble possible, au moins dans certains cas d'une affection si dangereuse qu'elle compromet gravement la vie, d'enrayer le travail inflammatoire en supprimant la douleur et de prévenir ainsi la formation de l'abcès. Ce résultat peut surtout être obtenu quand la périnéphrite résulte d'un effort

comme il en existe des exemples incontestables. C'est ains qu'un jeune homme de vingt ans ressentit une vive douleur dans la région des lombes en faisant de violents efforts pour amener sur la berge une petite embarcation de rivière. La douleur diminua d'abord, mais redevint si aiguë quelques jours après que, les médecins et chirurgiens consultants furent unanimes à reconnaître une périnéphrite qui très-probablement se terminerait par suppuration.

Or, telle n'a pas été dans ce cas particulier la terminaison de la maladie. Il a suffi pour faire disparaître tous les symptômes, de calmer l'élément douleur qui était le phénomène morbide prédominant. Le malade jetait des cris aigus, tant la souffrance était vive. Quelques gouttes de la solution de sulfate neutre d'atropine, injectées dans le tissu cellulaire de la région lombaire par M. Bonin de Poissy, maîtrisèrent la douleur et le malade guérit.

Cela est si vrai que la douleur seule, qu'elle soit locale comme dans les coliques néphrétiques, ou éloignée et se propageant par continuité comme dans les douleurs vésicales, suffit pour déterminer des abcès périnéphriques, comme le fait de Chopart le constatant sur le cadavre après l'amputation d'un testicule en est la preuve incontestable. Chez une dame atteinte d'une irritabilité vésicale qui l'obligeait impérieusement d'uriner à chaque instant, une douleur vive se déclare dans le flanc droit et toute la région lombaire, après avoir porté une robe très-serrée. Constipation opiniâtre sans fièvre.

Le 8 octobre, les règles apparaissent et ne durent que vingt-quatre heures. La douleur du flanc droit persiste. Pendant huit jours, les douleurs locales vont en augmentant : la fièvre devient plus vive, et chaque jour il y a plusieurs frissons. Des cataplasmes et l'application de sangsues faites à deux reprises, n'amènent point de soulagement, malgré l'usage journalier de lavements et de pilules apéritives. Le 15 octobre, M. Mac Carthy, en comprimant la région douloureuse, constate la présence d'une tumeur arrondie et dure. Le pouls est fréquent, la peau chaude, les frissons persistent. Appelé en consultation, M. Trousseau constata la tumeur lombaire, et reconnut à la palpation que les mouvements du foie pendant la respiration étaient indépendants de la tumeur qui restait immobile. Elle était volumineuse et très-douloureuse. Elle augmenta rapidement, la fièvre redoubla avec frissons fréquents, et M. Alph. Guérin est

appelé pour ouvrir l'abcès. La tumeur occupe la totalité du flanc droit jusqu'à l'ombilic. La fluctuation est très-obscure, mais à la pression la plus légère, la douleur est extrême. Il y a un œdème très-marqué de la région lombaire droite. Il n'y avait point d'hésitation possible, il fallait se hâter de donner issue au pus, pour ne pas laisser à l'abcès le temps de s'ouvrir dans l'intestin ou de fuser vers la fosse iliaque correspondante. Une incision de 10 cent. est faite près du bord externe du sacro-lombaire. Arrivé à une profondeur de 4 cent., le chirurgien dépose le bistouri, et, avec l'index de la main droite, il pénètre jusque dans le foyer d'où s'échappe un torrent de pus infect et bien lié. Pendant quatre jours, il y eut encore un peu de fièvre avec frissons, l'abcès fut agrandi avec le doigt, afin d'assurer l'écoulement facile du pus qui avait conservé une certaine fétidité. Peu à peu le pus diminua de quantité et perdit son odeur. Huit jours après l'ouverture de l'abcès, tous les symptômes s'étaient notablement amendés ; la suppuration était très-peu abondante ; la plaie en voie de cicatrisation, l'appétit revenu. A partir de ce moment, la marche vers la guérison ne fut plus arrêtée. La plaie était complétement fermée le dix-huitième jour après l'opération.

A côté de ce fait, un autre vient encore témoigner de la part étiologique de la douleur et de l'irritation de la vessie sur la production des abcès périnéphriques. Dans les derniers mois de l'année 1863, un grand personnage était opéré d'un calcul vésical par M. le docteur Civiale. La lithotritie avait été pratiquée avec succès, et le malade avait pu quitter Paris pour aller se rétablir à la campagne. Mais, quelques jours après l'opération, l'illustre malade avait commencé à ressentir de la douleur dans la région rénale d'un seul côté. Bientôt survint de la fièvre, des frissons et de l'inappétence. Plusieurs chirurgiens furent réunis en consultation, et, après avoir constaté qu'il n'existait aucun symptôme de lésion uréthrale, vésicale ou rénale, ils étaient disposés à rattacher la douleur lombaire à une névralgie iléo-lombaire, sympathique des manœuvres de la lithotritie. La douleur persistait déjà depuis plusieurs semaines dans la région rénale, elle s'étendait dans la fosse iliaque du même côté ; mais, en cette dernière région, il n'y avait point de tumeur et il n'existait point de signes de psoïtis. Toutefois, la fièvre et les frissons persistaient, le malade s'affaiblissait. M. Nélaton fut invité à se joindre aux chirurgiens déjà réunis

en consultation. Ayant eu connaissance de tous les symptômes que je viens de rapporter et des conditions dans lesquelles ils s'étaient manifestés, le savant professeur explora avec grande attention la région rénale. La palpation y était douloureuse; de plus, il existait une légère saillie de la région lombaire, et bien qu'il ne fût pas possible de percevoir une fluctuation qui était encore très-profonde, M. Nélaton n'hésita pas à affirmer qu'il existait un abcès périnéphrique. Une large incision fut pratiquée au niveau du bord externe du carré des lombes, et il s'écoula aussitôt un flot de pus de bonne nature, sans odeur spéciale, sans caillots de sang. Le doigt, plongé dans la profondeur de la plaie, permit de constater que le siége de l'abcès était bien dans le tissu cellulo-graisseux qui enveloppe le rein. A partir du jour de l'opération la fièvre céda, puis disparut ainsi que la douleur. Il n'y eut plus de retour des frissons; l'appétit revint de jour en jour, et le malade est guéri parfaitement, bien qu'il ait eu pendant plusieurs semaines une diarrhée qu'on eut grand'peine à combattre avec succès. Cet abcès périnéphrique était indépendant de toute lésion rénale et vésicale, ainsi que cela a été établi par les détails de l'observation, il n'était donc très-probablement que la conséquence d'une certaine irritation qui, de la vessie, avait retenti sympathiquement sur le tissu cellulo-graisseux périnéphrique. (*Union méd.* nos 1 à 5.)

Abcès du foie. FRÉQUENCE. Tandis qu'à Paris sur 430 cas de dysenterie, la statistique ne donne que 5 cas, aux Antilles où l'on compte un dysentérique sur 8 malades, il y a un abcès du foie sur 14 affections en général dans les années meurtrières et sur 23 dans les années bénignes. A Calcutta, ils sont dans la proportion de 1 : 21 cas pathologiques et de 26 : 51 à Madras.

Les statistiques anglaises donnent les proportions suivantes parmi les troupes.

Madras.....	31 627	hommes d'effectif	3 372	cas	190	décès.
Bengale....	38 136	—	2 142	—	174	—
Bombay....	17 612	—	1 084	—	62	—

(*Gaz. méd. de l'Algérie*, déc. 1864.)

TRAITEMENT. L'insuccès ordinaire des divers modes de traite-

ment a conduit M. Cabasse à employer le caustique de Vienne chez un caporal des tirailleurs d'Afrique, âgé de vingt-trois ans et demi, entré à l'hôpital du Fort Napoléon avec embarras gastrique sans fièvre, douleur vive à l'épigastre du côté droit exaspérée par une toux fréquente, hypertrophie de la rate et du foie qui déborde les côtes de 2 centimètres environ. Il avait été atteint à plusieurs reprises de diarrhée, dysenterie et fièvres intermittentes. La douleur locale diminua sous l'influence des calmants, mais la tuméfaction du côté de la région hépatique devint chaque jour plus manifeste ; puis de l'empâtement eut lieu et l'on perçut une tumeur profonde donnant la présomption d'un abcès du foie. Une fluctuation profonde à 3 centimètres de la ligne blanche devient bientôt sensible et le diagnostic étant ainsi confirmé, une couche de pâte de Vienne, épaisse et large de 5 millimètres et de 2 centimètres de long est appliquée le 20 janvier sur le point le plus saillant et laissée vingt-cinq minutes en place. Rien de particulier, sinon une diminution apparente de la tumeur. Des cataplasmes sont appliqués pour favoriser l'élimination de l'eschare ; aussi dans la nuit du cinquième au sixième jour, les bords de l'eschare livrent passage au pus et le malade en est inondé dans son lit. Le 28, la tumeur ne faisait plus de saillie, et à partir de ce moment l'état local et général du malade s'améliora progressivement quoique le pus continuât à couler. Il quitta l'hôpital le 23 avril dans un état très-satisfaisant. (*Gaz. des hôp.*, novembre 1864.)

Cette affection, si grave dans les pays chauds et qui était considérée autrefois comme incurable, perd de sa gravité dans certains cas par le perfectionnement des moyens mis en usage. Dans un cas recueilli à l'hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Delore, sur un jeune homme de dix-neuf ans, il suffit après une ponction exploratrice, d'appliquer le caustique de Vienne et la pâte de Canquoin sur l'abcès, pour déterminer des adhérences, de ponctionner l'abcès contenant une demi-cassorole de pus, d'y pratiquer ensuite des injections d'iode pour que la guérison s'opérât en six semaines. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 5.)

Évidemment il y a lieu de distinguer, de différencier ces abcès localisés, sans retentissement général, sans trouble des fonctions de l'organe qui en est atteint, de ceux qui, revêtant un appareil fébrile, suspendent, entravent, arrêtent toutes les fonctions organiques. L'absence d'ictère en est le premier ca-

ractère différentiel, ce qui tient, d'après M. Delore, à la localisation de l'inflammation à un lobule du foie assez limité pour ne pas entraver la circulation de cet organe. La présence de corpuscules amyloïdes dans le pus qui ne lui paraissent autres que la matière glycogénique incomplétement élaborée, ne serait-elle pas la cause de cette heureuse localisation ? V. Foie.

Abcès de la vessie. Sous le titre de *Flatus essentiel de la vessie*, un médecin très-lettré, le docteur L. Marie, raconte le fait observé par lui d'une dame de vingt-six ans, qui éprouvait de fréquentes envies d'uriner, surtout la nuit. De très-significatives explosions se manifestaient chaque fois qu'elle approchait le vase et ouvraient la voie à l'urine chassée ainsi par soubresauts; ils persistaient même après. L'urine, très-crémeuse, était fétide. Un dépôt de mucus purulent occupait le tiers du flacon, où elle était déposée. Les rapports conjugaux étaient toujours pénibles, parfois intolérables et ne pouvaient s'achever le plus souvent. Pas de flueurs blanches, ni chute, ni contusion externe, ni introduction de corps étranger. Aucune douleur à la pression sous-ombilicale, nulle tension, rien au toucher vaginal. Le cathétérisme n'étant pas accepté, on ne put diagnostiquer qu'un catarrhe vésical. Mais le mal s'étant aggravé, la malade ne pouvant même plus marcher sans se tenir en deux, réclama peu de temps après le cathétérisme. La sonde éprouve de la résistance et ne pénètre que par ressaut. Sifflement et sortie immédiate de gaz infect mêlé à de l'urine jumenteuse. Ni calcul, ni polype, ni fistule; mais les yeux de la sonde reviennent aveuglés de pus vert sombre, butyreux et d'une puanteur extrême. Une injection d'eau tiède ressort mêlée de sang et de grumeaux de pus semi-concret. C'était un abcès phlegmoneux, endormi depuis longtemps au voisinage de l'orifice interne et déjà en partie résorbé.

Des injections détersives vidèrent le foyer et la guérison fut prompte. (*Union méd.*, n° 81.)

Cette observation est importante, et peut-être unique pour le diagnostic des abcès vésicaux, par le signe spécial qui la distingue : car l'abcès semble bien avoir été ici le point de départ et l'origine des sonorités vésicales, c'est-à-dire des vents, des gaz dont l'auteur a fait la maladie essentielle, un *flatus vésical*.

Abcès sudoripares. C'est sous le nom d'*hidrosadénite*

phlegmoneuse ou mieux d'*hydradénite*, suivant M. Panas, que M. Verneuil les distingue et en fait une très-longue description. Appelés tubéreux, tubériformes, ils se distingueraient, d'après leur siége même dans les glandes sudoripares, de tous ceux qui peuvent être confondus avec eux suivant qu'ils se montrent à l'aisselle, la marge de l'anus et ailleurs. Leur peu de gravité comparativement avec ceux qu'ils peuvent simuler, à l'anus surtout, rend cette distinction capitale, comme cela ressort de plusieurs observations. Cette étude est donc très-importante et mérite de fixer l'attention des praticiens. (*Arch. de méd.*, 1864 et 1865.)

Abcès du cerveau. Une collection de 30 cas avec autopsie a été réunie par le docteur Ogle, in *The British and foreign med.-chir. Review*, avril; source précieuse pour ceux qui veulent en étudier les effets divers et variés.

Abcès des os. *Sur une forme spéciale d'abcès des os* ou des abcès douloureux des épiphyses, par le docteur Cruveilhier fils, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. grand in-8° avec 3 planches.

Collection précieuse de 39 observations connues et de 7 pièces pathologiques sur ce sujet. Le point nouveau, original de cette excellente monographie couronnée par la Faculté, sur une affection si rare et obscure au début qu'elle est inconnue de la plupart des médecins, c'est le siége de ces abcès. Pour M. Broca, il était constamment dans l'extrémité du canal médullaire, ce qu'il explique par la faible vascularité de la diaphyse. D'après des mesures exactement prises par M. E. Cruveilhier, il est toujours au contraire dans les épiphyses des os longs, en un point plus élevé que le canal médullaire, comme le démontrent ses planches. Ces abcès ne résultent donc pas de l'ostéo-myélite. Le tibia en est le siége de prédilection en haut et en bas. Sur 32 cas, il y avait une seule exception en faveur du fémur, on en cite un ou deux dans le grand trochanter et un dans l'humérus.

Obscur au début, le mal en impose surtout par ses rémittences. Représentez-vous dit l'auteur, un jeune homme aux limites de l'adolescence, offrant l'apparence débilitée d'un sujet miné par une affection chronique; on ne constate rien du côté de la respiration, ni des voies circulatoires. Le malade accuse

une douleur à l'une des extrémités de la jambe; elle se montrait d'abord à de longs intervalles qui ont diminué graduellement de manière à la rendre continue, avec des exacerbations ou plutôt de véritables accès qui se manifestent vers le soir et aux changements atmosphériques.

Ces douleurs aiguës ne s'expliquent pas par l'apparente bénignité du siége du mal. La peau est lisse, non adhérente, à peine rouge; l'une des extrémités du tibia paraît augmentée de volume et la tuméfaction de l'os est nettement circonscrite. Les mouvements de l'articulation voisine sont libres, peu ou point douloureux. Il existe parfois de la douleur à la pression sur un point limité, où existe le gonflement.

La maladie dure ordinairement très-longtemps. Sur 11 cas, M. Cruveilhier a trouvé une moyenne de dix ans et sept mois avec des rémittences. Brodie en a observé un de cinq ans. La guérison ne semble jamais avoir lieu sans perforation naturelle ou chirurgicale de l'os affecté, de manière à donner issue au pus. La trépanation est le seul procédé thérapeutique à employer à cet effet et elle a toujours été jusqu'ici suivie de succès.

ABSORPTION. Sa rapidité avec les substances cristalloïdes ressort d'une note du docteur Bence Jones lue à la *Royal Society* le 2 février. Des cochons d'Inde, dont le corps ne contient pas de lithium, ayant été soumis à l'usage du chlorure de lithium à la dose de trois grains seulement, et tués ensuite après un intervalle variant de trois jours à trente-deux minutes, seulement, pour mieux mesurer la rapidité d'absorption, ce chlorure fut retrouvé jusque dans les tissus non-vasculaires comme les cartilages, la cornée et le cristallin en plus ou moins grande quantité.

Il n'en fut pas de même du chlorure de rubidium à la même dose. Il fallut l'élever jusqu'à vingt grains pour le retrouver dans le sang et le foie; le cristallin n'en contenait que des parcelles imperceptibles, les cartilages et l'humeur aqueuse pas du tout.

Une solution de citrate de lithium administrée à des agonisants depuis trente-six heures jusqu'à quatre heures et demie, seulement avant leur mort, a donné ce résultat : tandis que le sang et le cristallin n'en contenaient que de faibles traces, les cartilages la présentaient au contraire en abondance dans le

second. De même, en l'administrant sept heures avant l'opération de la cataracte, M. Bowmann en retrouva des traces dans chaque parcelle du cristallin. (*Lancet*, mai.)

Ces expériences, faites à l'aide de l'analyse spectrale, sont donc concluantes et donnent une base certaine pour l'emploi thérapeutique du lithium.

Absorption des substances grasses. En vue d'élucider la question de l'absorption des substances grasses, le docteur de Recklinghausen a injecté, dans la cavité abdominale de lapins soumis préalablement, pendant plusieurs jours, à une diète complète d'aliments, du lait, du sang, de l'huile et diverses substances colorantes en solution dans l'huile (cinnabre et cobalt) ; et il a remarqué que les vaisseaux lymphatiques du diaphragme étaient injectés et contenaient de petites portions solides de la substance qui avait servi à l'expérience (corpuscules du sang, globules du lait, etc.). L'auteur a recherché par quelle voie les substances introduites dans la cavité péritonéale ont pu pénétrer dans les vaisseaux lymphatiques.

En examinant l'épithélium, il a constaté dans l'intérieur des cellules la présence des substances injectées. Des faits de ce genre n'ont pas été constatés seulement sur l'épithélium qui recouvre le centre tendineux du diaphragme, mais encore sur les cellules des autres parties de la cavité péritonéale ; il a même trouvé dans certains cas que les vaisseaux lymphatiques étaient injectés, sans que les cellules eussent subi la moindre modification.

D'où cette conclusion générale :

Les vaisseaux lymphatiques superficiels du centre tendineux du diaphragme communiquent avec la cavité du péritoine au moyen d'ouvertures ayant environ une capacité double du diamètre des globules sanguins, et qui sont situées entre les cellules épithéliales. (*Gaz. méd. ital.*)

De l'absorption et principalement de l'absorption cutanée, par le docteur Mougeot, de Bar-sur-Aube. Brochure de plus de 120 pages in-8°, Paris.

Résumé des recherches, des expériences et des résultats les plus récents sur l'absorption cutanée des médicaments à l'état gazeux, liquide, graisseux et pulvérulent. L'emploi de plus en plus fréquent de cette voie thérapeutique donne à ce travail un grand intérêt d'actualité.

ACCOUCHEMENT. Les douleurs expultrices, simulant celles de l'accouchement, que la présence de tumeurs, de polypes ou de corps étrangers dans l'utérus déterminent, sont rapportées par M. Bertholle à celles qui siégent en particuler sur la paroi postérieure par la difficulté qu'elles rencontreraient à se loger, à se placer par la saillie du promontoire. Un seul fait observé appuie cette théorie qui paraît tout à fait inadmissible. Voy. TUMEURS.

Dilatation du col. — Suivant M. Inglis, un moyen simple de l'activer dans la première période du travail naturel spontané aussi bien que provoqué, est le décollement des membranes autour du col, soit avec le doigt, soit avec un instrument (*Edinb. med. Journ.*, juillet). La recommandation est au moins superflue, en présence de ce qui se fait ordinairement. Injections et dilatateurs ne tendent, en effet, qu'à ce décollement aussi bien que le toucher dans l'accouchement à terme. Il est donc inutile d'insister.

Durée du travail. Elle a été pour le premier temps d'une moyenne de seize heures chez 275 primipares, tandis qu'elle n'a été que de dix heures au second accouchement chez les mêmes femmes.

Elle a été de deux heures au second temps chez 277 primipares et de neuf chez les mêmes au second accouchement (*Monatsschr. f. Geburtsk*, décembre 1864).

Mortalité. Un fait effrayant a été révélé à cet égard par M. Guyot. 492 femmes entrées à la Maternité de Paris, du 15 juillet au 1er octobre, ont donné une mortalité de 91, dont 82 à l'infirmerie sur 171 entrées. (*Société méd. des hôpitaux.*) Tel est l'état habituel de cet établissement. En présence de pareils résultats, cette maison devrait être immédiatement fermée.

Morts subites. — En déterminer la cause est toujours la pierre d'achoppement. Dans un cas relaté à la *Société des sciences médicales de Lyon*, on trouva, à l'autopsie d'une primipare de quarante ans, accouchée naturellement à la Maternité, la veille, après trente-six heures de travail, d'un enfant à terme mort-né, plusieurs tumeurs fibreuses du volume d'une orange à la surface de l'utérus et aussi dans l'épaisseur de son

tissu. Pas d'hémorrhagie ; mais, au sortir d'un bain pour faciliter la dilatation, la femme fut prise d'une céphalalgie intense, avec face rouge et pouls accéléré. Deux heures après la délivrance, le ventre se ballonne et devient très-sensible ; face pâle, grippée ; pouls petit, accéléré ; oppression, nausées, et, malgré une potion antiémétique, la femme succombe quatorze heures après sans autres traces anatomiques pour expliquer cette mort foudroyante, qu'une légère coloration rouge limitée à la partie inférieure du ventre avec un litre de liquide environ dans le péritoine. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 5.)

L'auteur conclut, en conséquence, que le danger de ces tumeurs multiples est une *péritonite foudroyante*. Ne peut-on pas supposer avec plus de vraisemblance qu'un refroidissement dans le bain, quoique le frisson ne soit pas signalé, a été plutôt la cause déterminante de cette issue fatale?

Elle est plus obscure encore dans le fait émouvant relaté par le docteur Alhiet *in France méd.*, n° 10. C'était une présentation de l'épaule chez une femme épuisée de quarante-un ans, à son douzième enfant. La version fut facile, et l'enfant étant mort, au lieu de procéder immédiatement à son extraction, comme il est de règle, lorsque rien ne s'y oppose, M. Alhiet voulut laisser terminer le travail par les efforts naturels. Mais bientôt une syncope et l'absence de douleurs l'obligent à opérer le dégagement du tronc et des bras. L'imminence d'une autre syncope, malgré les stimulants et les supplications de la malade, le décide seule à extraire la tête. Expulsion immédiate du placenta.

Malgré cette heureuse délivrance, l'ingestion de quelques gouttes d'eau-de-vie, des frictions stimulantes et le transport dans son lit, l'accouchée reste faible, pâle ; l'état syncopal persiste. Elle se plaint de coliques suivies d'un léger écoulement de sang. Aucune apparence d'hémorrhagie externe. Nouveaux bâillements avec inspirations profondes, et la pauvre femme demande un prêtre, appelle son mari, et lui recommande ses enfants en disant qu'elle va mourir. Et, en effet, ses yeux se voilent, le pouls devient plus serré, disparaît, et cette femme succombe ainsi, en moins d'une heure, sans efforts, sans secousse, sans oppression ni le moindre mouvement.

Comment expliquer cette mort si subite? Est-ce l'ébranlement physique et moral qui a pu détruire les sources de la vie, comme le veut l'auteur? Le docteur Galler ne l'admet pas.

Une hémorrhagie interne lui semble évidente, d'après les symptômes (*Scalpel*, n° 33). Nous n'oserions le soutenir. Mais il suffit que l'accoucheur ait négligé de s'en assurer en portant le doigt dans l'utérus, pour donner au moins consistance à cette opinion. Nouvelle preuve qu'il ne faut pas même donner prise aux suppositions d'impéritie.

Mort subite post partum. — Les causes ni les signes de ce formidable accident ne sont pas tellement connus, que le fait suivant, raconté par M. Dubreuilh fils, ne puisse, par sa simplicité et sa précision, servir utilement à les éclairer. Une jeune fille entre à la Maternité, accouche heureusement aussitôt. Le lendemain elle est bien, sans fièvre, mais un peu triste. Interrogée à ce sujet, elle répond que sa mère est venue la voir et lui a fait de vifs reproches ; que, d'ailleurs, elle sait très-bien qu'elle ne sortira pas vivante de l'hospice. Le jeudi, troisième jour après l'accouchement, elle se plaint d'une légère douleur dans la fosse iliaque gauche. Mieux le lendemain ; la malade se plaint d'une douleur au cœur. Vers cinq heures, elle fait teter son enfant, le pose dans son berceau et se recouche. Deux heures après, ne l'entendant pas remuer, on va voir à son lit : elle était morte. L'autopsie ne révéla que la présence d'un caillot fibrineux remplissant le ventricule droit, comme cause de cette mort subite.

Si à elle seule la puerpéralité expose à ces morts subites par une prédisposition spéciale à l'embolie, comme de nombreux exemples en témoignent, il semble évident ici que l'impression morale n'y a pas été étrangère. De là l'indication de l'éviter, de surveiller attentivement et de constater l'état de la circulation cardiaque, car voici un moyen qui, selon M. Paulet, peut réussir contre cet obstacle mécanique des embolies.

Chez une femme de soixante ans, présentant depuis huit jours seulement de la gêne au cœur, des palpitations, de l'essoufflement et de l'orthopnée avec œdème de la face et des membres inférieurs, ascite et urines albumineuses, proéminence de la glande thyroïde et des yeux, affaiblissement de la vue, M. Paulet vit rapidement disparaître ce cortége effrayant de symptômes qu'il rattachait à une hypertrophie excentrique du cœur et ses conséquences par l'administration de 8 décigrammes de scammonée le matin, et pour la nuit, 15 grammes, de nitrate de potasse dans un litre de tisane de chiendent avec

30 grammes de sirop de digitale. Une diurèse extraordinaire survint tout à coup. et à deux reprises une guérison apparente, qui se maintint jusqu'à neuf mois ; après quoi une troisième récidive emporta la malade.

Bien qu'il soit impossible de rien conclure de détails cliniques aussi vagues sur la cause réelle de ces accidents, qui peuvent être aussi bien rattachés à une maladie de Bright qu'à l'embolie ou une altération valvulaire, la cessation des accidents est un fait remarquable. La haute dose de nitrate de potasse préconisée par M. Guérard contre l'embolie mérite surtout l'attention, quelle que soit la cause qu'elle a combattue si efficacement.

Chez une primipare de vingt-trois ans, morte subitement le vingt-septième jour d'un accouchement naturel à l'hospice Saint-Jean-l'Aumônier de Besançon, sans cause appréciable, M. Lebon n'ayant rencontré qu'une légère infiltration séreuse et un manque de consistance de la substance grise des hémisphères avec ramollissement crémeux de la presque totalité de la substance blanche, regarde cette lésion comme la cause de cette mort subite. Mais la Société de médecine n'a pas adopté cette conclusion, et ne voyant là qu'un résultat cadavérique, elle a admis comme plus probable l'action de la syncope. (*Bull. de la Soc. de méd. de Besançon*, n° 14, 1864.) Mieux vaut, en effet, dans cette conjoncture difficile, conserver l'étiologie ancienne, si mal assurée qu'elle soit, que de la renverser pour en édifier une autre encore moins solide sur ses fondements.

Folie puerpérale. Voy. ALIÉNATION.

Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements de Lenoir, continué par MM. See et Tarnier, avec texte explicatif. Le meilleur enseignement, en fait d'accouchement, étant de voir comment les choses se passent, ces figures, au quart de grandeur naturelle, suppléeront à l'examen sur le vivant, surtout avec l'explication claire, précise, qui en est donnée. Une excellente appréciation des manœuvres externes pour la version les réduit à leur juste valeur, aussi bien que celle du levier, trop abandonné pour le forceps.

Parturition and its difficulties (La parturition et ses difficultés, avec des exemples cliniques et les statistiques de

13 783 accouchements), par le docteur Davis, nouvelle édition augmentée. Narration simple et instructive d'une longue pratique dont la lecture suggère autant de réflexions que d'idées heureuses à s'assimiler et à profiter.

Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, du docteur Cazeaux, continué, revu et augmenté par M. Tarnier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Septième édition, divisée en deux volumes dont le premier seul est en vente.

Nouvelle preuve du succès classique de ce livre qui s'est augmenté à chaque édition renouvelée. Celle-ci était sur le métier à la mort de l'auteur. M. Tarnier en la continuant, l'a mise à la hauteur des progrès accomplis en ces derniers temps.

Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme, par Lucien Penard, ex-professeur d'accouchements à l'École de médecine de Rochefort. Deuxième édition.

Le succès de la première édition et son prompt écoulement, en témoignant de la valeur de ce modeste livre, assurent à celle-ci une vogue d'autant plus grande qu'elle est revue, augmentée et mise au niveau de la science sur toutes les questions. Son prix modeste en fera le *vade-mecum* de toutes les sages-femmes avec le plus grand avantage des accouchées et des enfants.

Compendio di ostetricia e ginecologia operatoria, traduction en italien du professeur Braun, par le docteur Casati. Un vol. de 432 pages ; Milan.

Voy. Relachement des Symphyses.

Accouchement précipité. Par son extrême rapidité et en s'opérant même à l'insu de la mère, il donne souvent lieu à des débats médico-légaux. C'est ainsi que les difficultés, les incertitudes qui entourent le médecin-légiste pour résoudre les questions graves qui lui sont posées, éclatent au grand jour. Dans un cas où un enfant nouveau-né, du sexe féminin, pesant 2778 grammes, à terme, chétif, fut retiré vivant du conduit des latrines, à 8 mètres au-dessous de l'endroit où il était tombé, la fille-mère ayant affirmé que dans un violent effort de défécation, il s'était échappé ainsi à son insu, M. le professeur Beluzzi de Bologne conclut à la sincérité de cette déclaration. Toute la surface du siége et l'ouverture conique du conduit des latrines étaient uni-

formément teintes de sang ; le diamètre en était de 22 centimètres et l'entrée du tuyau de 12. Une femme se trouvant au-dessous, dans une pièce traversée par le tuyau, avait entendu le bruit occasionné par la chute d'un corps pesant et d'une certaine quantité de liquide, et des vagissements s'étaient fait entendre aussitôt. On avait retiré l'enfant la tête en bas et le placenta en même temps, quoique le cordon fût rompu assez nettement à six ou sept travers de doigt de l'extrémité ombilicale sans aucune ligature (Voy. Rupture). Des excoriations légères existant sur le tégument externe furent attribuées à la chute, et cette fille fut ainsi acquittée.

Nul doute, dit à ce sujet M. Perrin, que les douleurs d'un accouchement rapide peuvent être confondues avec celles d'un besoin brusque et impérieux de défécation et donner ainsi lieu à la chute possible d'un enfant dans les lieux d'aisances. Si ces faits sont rares, il en existe réellement un certain nombre, et cela suffit pour appeler l'attention des médecins légistes, trop disposés à les nier aujourd'hui. C'est à bien examiner ces cas et toutes les circonstances qui s'y rapportent qu'ils doivent surtout s'appliquer. Ainsi dans le cas précédent, le petit volume de l'enfant et l'état maladif de la mère ont été pris en grande considération par les experts. (*Soc. méd. pratiq.*, et *Union méd.*, n° 139, 1864.)

Un fait analogue a été communiqué à la Société médico-pratique de Paris, le 9 janvier, par M. Aubrun et dont la relation vient confirmer le précédent.

Une femme de vingt-deux ans, très-brune, d'une stature moyenne, forte et bien constituée, avait eu, il y a deux ans, un premier accouchement très-rapide (deux heures et demie de durée). L'enfant, de grosseur moyenne, avait été mis au jour huit mois après la cessation des dernières règles, tout en paraissant bien constitué, et avec tous les caractères d'un enfant à terme.

Les règles ont paru pour la dernière fois le 13 mars ; elles ont cessé le 18 ; puis, les signes rationnels de la grossesse se sont bientôt manifestés, et tout annonçait l'accouchement pour le 20 décembre environ.

Le 19 novembre, madame B... se couche en parfaite santé, et à trois heures et demie du matin, elle se réveille avec un peu de malaise dans le ventre sans se douter qu'elle allait accoucher. Elle attribua son malaise au besoin de la défécation, et résolut

de le supporter jusqu'au jour en raison du froid ; mais, en quelques minutes, il devint si impérieux qu'elle fut obligée de se lever. Pour ne pas se refroidir, elle prit un jupon et des bas pour aller aux lieux d'aisances.

Pendant qu'elle mettait le second bas, ce besoin fut tel qu'elle renonça, sur les instances de son mari, à aller au cabinet ; elle se mit sur le vase de nuit. Pas de coliques ni de douleur.

A peine sur le vase, que se livrant aux efforts de la défécation, une douleur expulsive lui fit pousser une exclamation..... Elle était accouchée, et l'enfant venait d'être projeté violemment dans le vase, au milieu de l'urine et des matières. La rapidité avait été telle, que l'enfant n'avait pas eu le temps de respirer ni de jeter aucun cri.

Le mari, effrayé, descend chercher sa mère deux étages plus bas, l'envoie près de sa femme et va chercher M. Aubrun, qui met à peine vingt-cinq minutes à arriver ; mais pendant ce temps, les deux femmes n'ont nullement pensé à retirer l'enfant du vase, sur lequel l'accouchée reste à cause du placenta adhérent, la tête de l'enfant baignant dans l'urine. A son arrivée, il était encore dans cette position, les pieds pendant au dehors et par-dessus le rebord du vase, vers la cuisse gauche de la mère.

Le placenta était tombé sur le tapis, en arrière du vase et un peu vers la gauche ; le cordon était complétement flétri.

Prendre cet enfant, dans un état de résolution complète, dont la tête était livide et les membres et le tronc d'une blancheur mate ; couper le cordon, le laver, le flageller, pratiquer l'insufflation, furent les premiers soins donnés ; et après dix minutes d'anxiété, M. Aubrun eut le bonheur inespéré de voir se développer une première respiration bien incomplète, et bientôt après l'enfant vivait et respirait parfaitement.

Il était du sexe masculin, et présentait à la tempe droite une contusion ecchymotique, avec érosion de l'épiderme, d'une étendue de 2 centimètres 1/2 de longueur sur 1 centimètre de largeur, qui ne pouvait avoir été produite que par la pression de la tête au fond du vase au moment de l'accouchement, tant la projection avait été violente. Il était parfaitement à terme, et pesait 4700 grammes.

Une déchirure de tout le périnée existait jusqu'à l'anus non atteint, grâce à ce que la déchirure avait eu lieu un peu à gauche, et que, arrivée à l'anus, elle l'avait en quelque

sorte contourné pour s'arrêter près du coccyx. (*Union méd.*)

Si, dans le premier, la jeune fille a pu être accusée d'avoir fait disparaître son enfant, combien ne pouvait-on pas soupçonner aussi les parents ici, s'il n'était revenu à la vie. Il n'était pas jusqu'aux ecchymoses qui ne pussent être une charge accablante en apparence contre eux. La vie sans respiration se soutenant pendant près d'une demi-heure n'est pas, non plus, sans enseignement au point de vue de cette question palpitante d'actualité. Voy. NOUVEAU-NÉS.

ACÉTONÉMIE. Nouvelle espèce pathologique à introduire dans le cadre nosologique dont la description est due au professeur Cantani de Pavie. Son nom vient de l'acétone ou esprit pyro-acétique, corps volatil résultant de la décomposition des acétates alcalins et dont la découverte dans l'organisme remonte à 1857. Ce produit, en se développant dans l'économie vivante, probablement dans le foie et le canal gastro-intestinal, est en partie exhalé, en partie oxydé, tandis que le surplus entre dans la grande circulation et pénètre tous les organes et les tissus, pour reparaître dans les sécrétions et les excrétions selon le professeur italien. On le retrouve ainsi plus souvent chez les buveurs et les diabétiques, les individus soumis au jeûne ou atteints d'affections gastriques.

Tant qu'il est résorbé par le sang veineux, ce produit ne détermine aucun trouble ; mais il n'en est plus de même lorsqu'il altère le sang artériel. On voit alors survenir des symptômes nerveux d'excitation ou de dépression et même un narcotisme complet comme dans l'urémie. La paralysie de la vessie et la paresse intestinale sont les conséquences de cette intoxication et les premiers phénomènes graves de l'acétonémie. Des symptômes fébriles la compliquent souvent et simulent ainsi la fièvre typhoïde, la méningite ou une hydrocéphale aiguë. Beaucoup de prétendues congestions cérébrales sont des acétonémies.

On comprend dès lors l'utilité de rechercher les indications étiologiques et thérapeutiques de cette maladie. Tout ce qui favorise les sécrétions et les excrétions, purgatifs, diurétiques, diaphorétiques, etc. ; le cathétérisme réitéré paraît surtout favorable dans cette toxicohémie, dont le pronostic est le plus souvent favorable, mais qui peut cependant entraîner la mort. (*Il Morgagni*, 1864. *Monographia intorno all' acetonomia*, par A. Cantani. Turin.)

ACONELLINE. Substance nouvelle découverte par M. M. Smith dans certains échantillons d'aconitine, et qui n'est pas un poison commecelle-ci ; ce qui explique le peu d'activité de cette dernière signalée dans quelques cas. Elle est cristallisable, d'une alcalinité douteuse et se rapproche tellement de la narcotine par ses caractères, que l'identité semble complète.

ACRODYNIE. Ses nombreuses ressemblances symptomatiques avec la trichinose, établies dans un tableau comparatif d'après les expressions textuelles des observateurs ainsi que du mode d'invasion, de la marche, de la durée et des terminaisons de ces deux maladies, font penser à M. Leroy de Méricourt qu'il y a identité entre elles d'après ces nombreuses analogies. Il y aurait donc lieu de rechercher si la présence des trichines dans les muscles des malades ne viendrait pas confirmer cette supposition, Ce serait la preuve péremptoire de leur identité. (*Acad. de médecine*, octobre, et *Gaz. hebd.*, n° 44.)

ACUPRESSURE. Nouvelle méthode d'hémostasie chirurgicale. Voy. HÉMORRHAGIES.

ADÉNIE. Nom imposé par M. Trousseau à l'*hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques*. M. Laboulbène, dans l'observation qu'il en rapporte, l'appelait *adénite*. Mais en analysant les rares exemples de cette affection publiés jusqu'ici et qui, réunis aux siens propres, ne s'élèvent pas à plus de 12, M. Trousseau, frappé de ne jamais voir l'inflammation ni la suppuration s'emparer de ces grosses et nombreuses tumeurs lymphatiques, de leur accroissement progressif, de leur ténacité insurmontable à la résolution, de leur incurabilité en un mot et de leur influence délétère sur l'organisme, quoiqu'elles existent le plus souvent sans leucémie et qu'il n'y ait augmentation coïncidente ni de leucocytes, ni de globulins ; frappé de tous ces caractères distinctifs, le savant professeur en fait une espèce distincte dans la grande famille des maladies ganglionnaires : la tuberculisation cervicale, mésentérique, etc., et la considère comme une diathèse lymphatique spéciale à l'exemple de MM. Nélaton, Laugier, Leudet, et la plupart de ceux qui l'ont observée. Réunissant donc les cas de MM. Bonfils, Cossy, Potain, Laboulbène aux siens, il en a tracé le tableau suivant dans ses leçons.

L'hypertrophie ganglionnaire commence le plus souvent par la région sous-maxillaire. En recherchant la cause qui peut la produire, sur 12 observations d'adénie interrogées à cet égard, on trouve signalé quatre fois une irritation aiguë ou chronique, soit au grand angle de l'œil, soit sur la muqueuse nasale, soit au conduit auditif externe du côté correspondant. Qu'il y ait rapport de cause à effet, comme l'a admis Virchow dans un cas d'otorrhée, ou simple coïncidence entre ces deux lésions, l'hypertrophie ganglionnaire ne tarde pas à se généraliser des parties latérales du cou, dans le creux axillaire et les aines. On constate plus rarement celle des ganglions épitrochléens et de la région poplitée. Le développement parfois énorme que prennent ceux du cou donnent un singulier aspect à la figure, la tête paraît relativement petite et repose sur une masse ganglionnaire que les malades cherchent d'abord à dissimuler par quelque artifice de toilette. Ils se montrent sans changement de coloration de la peau, ni adhérence avec les parties voisines ; chaque ganglion reste souvent indépendant, on peut les toucher, les presser, les malaxer même sans provoquer de douleur. Ils se continuent parfois en forme de chapelet sous le maxillaire. Les plus superficiels du cou se continuent aussi avec de plus profonds sur les côtés du larynx, de la trachée-artère, et l'autopsie démontre qu'ils peuvent s'étendre jusqu'aux bronches. C'est ainsi que dans un cas où la suffocation était imminente, il fut conduit à pratiquer *inutilement* la trachéotomie avec Amussat. Quelquefois ils se continuent au-dessous de la clavicule avec les tumeurs axillaires. Celles-ci sont ordinairement très-développées et acquièrent souvent la grosseur d'un œuf de poule ou de dinde. Elles avaient le volume d'une tête de fœtus à terme, la forme et l'apparence de véritables mamelles chez un malade de Bonneveau, ancien charron, âgé de soixante-huit ans. Leur poids s'élevait de 500 à 1000 grammes chez le malade de M. Bonfils. En pareil cas, les mouvements sont entravés ainsi que la circulation veineuse et l'on observe de l'œdème des mains et des avant-bras. Les ganglions sous-pectoraux peuvent aussi être atteints.

Leur volume est encore plus considérable dans l'aine. Une seule pesait 2250 grammes dans le cas de M. Bonfils. Aussi les mêmes conséquences sur la marche et la stase sanguine sont-elles encore plus marquées qu'aux bras. Elles occupent parfois toute l'étendue du triangle de Scarpa et l'on perçoit même des

tumeurs analogues dans les fosses iliaques. Le toucher en a aussi démontré dans le petit bassin et le palper abdominal, chez les mêmes personnes en a distingué au niveau de l'angle sacro-vertébral et le long du rachis. Les glandes de Peyer étaient même hypertrophiées dans l'observation de M. Potain. L'ascite a été facilement reconnue dans plusieurs observations et c'est ainsi qu'au début même de la maladie, on a regardé comme atteints d'anasarque des malades qui n'avaient en réalité qu'un œdème multiple des extrémités et une ascite par le seul fait de la gêne de la circulation générale et de celle de la veine porte.

Dans les premiers mois de cette affection, les malades ne sont tourmentés que de l'apparition simultanée de ces tumeurs dans diverses parties du corps, de leur développement et parfois d'un peu de dyspnée. Leur santé, du reste, n'est point altérée, ils se disent bien portants, l'appétit est conservé, il n'y a point de troubles sérieux des principales fonctions, et la nutrition pendant les cinq à six premiers mois n'est point sensiblement modifiée.

Une jeune femme de Reims, toujours bien portante jusqu'au troisième mois d'une seconde grossesse, voit ainsi se développer au-dessous de la mâchoire inférieure, sur le cou et dans les régions axillaires et inguinales, un grand nombre de petites tumeurs qui ne tardent pas à se multiplier et à prendre un volume considérable; quoiqu'il y en eût peut-être déjà dans l'abdomen, l'accouchement se fait heureusement et sans entraves. La mère peut même nourrir son enfant pendant quelques mois puis la sécrétion laiteuse se tarit, et aussitôt le développement des tumeurs fait de nouveaux progrès. Néanmoins la santé est encore satisfaisante, le teint est bon, les digestions sont faciles. la nutrition ne paraît pas altérée. Il n'y a qu'une petite toux sèche qui remonte au début et qui paraît due à une compression de la bronche droite par des ganglions hypertrophiés que l'on perçoit profondément. Et pourtant, cette jeune femme succombait quelques mois plus tard à des accidents cérébraux après avoir présenté des hémorrhagies sous-cutanées.

Chez cette malade, la rate hypertrophiée s'étendait jusqu'à l'ombilic et remplissait complétement la fosse iliaque *sans leucémie*. Elle pesait 1 kilogramme dans le cas de M. Bonfils et mesurait 24 centimètres de haut sur 15 de large. Dans celle de M. Leudet, elle en avait 26 de haut et 17 de large ;

4 fois ainsi sur les 12 observations, cet état du foie et de la rate a été noté.

L'oppression, la dyspnée est le symptôme primordial et saillant de cette affection. Les malades ne peuvent marcher vite ni faire le moindre effort sans être essoufflés. Quoique de cause organique, cette dyspnée revêt parfois le caractère nerveux : les malades ont des attaques d'oppression nocturne et sont obligés de passer leur nuit dans un fauteuil, alors qu'il n'existe aucune lésion du poumon ni du cœur. Un malade de M. Leudet avait depuis quelque temps l'haleine courte et des accès de dyspnée. Soit par l'augmentation des tumeurs qui enserrent les bronches, soit que le malade affaibli ait besoin d'une plus grande quantité d'air, on voit ordinairement la suffocation augmenter, les accès se rapprocher avec tous les symptômes de l'asphyxie.

Après avoir présenté une respiration difficile, sifflante, avec des râles muqueux dans la poitrine qui ne s'expliquaient que par la compression de la trachée ou des bronches, le malade de Bonneveau succomba ainsi asphyxié, sans aucune apparence cachectique.

La gêne de l'asphyxie peut aussi résulter de l'hypérémie passive du poumon qui se traduit par des râles muqueux et aussi, comme l'a observé M. Leudet, par un épanchement pleurétique passif, simple ou double, sans travail inflammatoire appréciable et peut-être analogue à l'œdème des extrémités.

Des troubles importants dont l'apparition est en rapport avec l'état nerveux des malades se montrent dans la seconde période de l'affection. L'appétit se perd, les digestions deviennent lentes, pénibles; bien que la diarrhée soit rare, des malades maigrissent ; ils sont d'une faiblesse extrême, l'œdème augmente, des éruptions érythémateuses apparaissent sur les mains, des ecchymoses couvrent les jambes ; M. Leudet a même observé un pemphigus cachectique ; on voit survenir des sueurs profuses et la fièvre hectique. Ainsi se manifeste un état cachectique plus ou moins marqué, selon la constitution des malades et les complications viscérales de la maladie.

C'est donc là une affection d'une extrême gravité comme les faits en déposent. Les efforts de l'art sont restés jusqu'ici impuissants sur sa marche. Sa durée varie de dix-huit mois à deux ans. Quand les malades ne sont pas enlevés par un accès de suffocation, ils succombent dans un état cachectique qui témoigne d'une discrasie spéciale du sang, bien que ce liquide

n'ait offert encore aucune altération notable aux moyens d'investigation ordinaire. M. Trousseau pense qu'elle modifie les éléments de la lymphe de manière à produire cette *anémie lymphatique* décrite par MM. Pavy et Wilks et dont il adopte l'interprétation au même titre que l'anémie hépatique, splénique. Admettant par l'anémie évidente et la décomposition du sang, qui sont les conséquences des affections chroniques du foie et de la rate, que ces organes ont une fonction hématopoétique de même que le système lymphatique, d'après les effets analogues de la tuberculisation mésentérique et de la scrofule, le célèbre professeur est conduit logiquement à admettre qu'une hypertrophie aussi considérable des ganglions lymphatiques produit une anémie spéciale. Il l'accepte donc comme une explication des phénomènes morbides observés.

L'examen nécroscopique a démontré, en effet, que ces tumeurs ont bien pour siége exclusif les ganglions lymphatiques sans vestige d'inflammation des tissus ambiants. Une dissection attentive permet de les isoler les uns des autres. Si leur disposition autour de la trachée et des bronches peut en déterminer la compression, aucune autopsie n'a constaté qu'ils pussent comprimer ni déformer les gros vaisseaux. Le système chilifère est ordinairement moins affecté que le système lymphatique général ; quelques ganglions avaient néanmoins la grosseur d'un œuf de pigeon dans le fait de M. Bonfils ; ce qui montre qu'aucune partie de ce système n'échappe à l'hypertrophie.

L'enveloppe et le stroma du ganglion n'ont subi aucune modification. A la coupe, le parenchyme présente une coloration grisâtre dans les plus petits, gris jaunâtre dans les moyens et jaunâtre dans les plus gros. On trouve dans ceux-ci des taches ecchymotiques et le raclage de leur coupe fournit un suc trouble, blanchâtre, miscible à l'eau comme le suc cancéreux ; mais les recherches de MM. Robin, Leudet et Potain ont constaté qu'ils ne renferment rien de semblable, ce sont simplement des noyaux et des cellules lymphatiques tassés les uns contre les autres ; c'est-à-dire que, dans l'adénie, les ganglions ont augmenté de volume, mais la partie conjonctive a conservé sa disposition normale, ce n'est qu'une multiplication, une hypergenèse des cellules et des noyaux restés normaux. C'est donc là le point de départ, l'origine de toutes les lésions secondaires.

Étudiée dans le foie et la rate, cette hypertrophie n'a montré

non plus aucune altération de structure, si ce n'est dans le fait de M. Potain, où la rate peu volumineuse présentait à la coupe une coloration d'un rouge vif uniforme sur laquelle tranchaient un très-grand nombre de points *blancs* comme des grains de chènevis et des trabécules blanchâtres très-apparentes. Ces points blancs, irrégulièrement arrondis, d'une faible consistance, étaient constitués par des noyaux en tout semblables à ceux des ganglions lymphatiques. Un peu d'hypérémie sans aucune altération a été rencontrée dans le foie.

Le défaut d'analyse microscopique et chimique de la lymphe, aussi bien que l'injection des vaisseaux lymphatiques afférents et efférents, ne permet pas de se prononcer sur les altérations plus intimes qui peuvent se rencontrer.

En ne se rattachant à aucune des diathèses connues, cancéreuse, tuberculeuse, syphilitique ni scrofuleuse, M. Trousseau est conduit ainsi, par l'examen et l'analyse des faits, à admettre une diathèse spéciale, nouvelle, inconnue dans son essence, mais manifeste dans ses effets : la diathèse lymphatique présidant ainsi à l'adénie et ne produisant point de globules blancs ni de globulins en excès. L'anémie seule qui la caractérise permet d'admettre qu'il y a modification dans la qualité et la quantité des globules rouges.

Bien qu'aucun traitement mis jusqu'ici en usage n'ait amené la guérison, la marche de la maladie a paru passagèrement enrayée par divers moyens dans trois cas. Dans le premier, les eaux de Kreuznach auraient déterminé une diminution dans le volume des tumeurs ganglionnaires. Chez un malade soumis aux bains de sublimé, la santé générale a paru ne point se ressentir de l'altération ganglionnaire pendant quelques mois. Enfin l'état du malade de M. Cossy a été notablement amélioré après deux mois de cure à Lavey, dont les eaux ont été données jusqu'à effet purgatif et aidées de douches chaudes et froides, locales et générales, et d'un massage régulier outre les pilules d'iodure de fer de Blancard.

Il faut donc s'appliquer à mettre à contribution tous les moyens de faire disparaître l'irritation première, l'adénopathie initiale, quand on est appelé assez tôt pour la reconnaître. Quand l'engorgement est déjà multiple, il ne faut point hésiter par un traitement général, des purgatifs salins répétés, comme l'administration des eaux de Kreuznach, de Lavey, du Saxon ou d'autres analogues, à modifier la disposition générale du malade

en même temps que l'on agira localement par des douches et le massage pour la résorption des tumeurs superficielles. Les préparations d'iode, de fer et de quinquina auront le double avantage de modifier l'état général et de lutter contre l'anémie en retardant ses progrès. Mais il n'est permis d'avoir qu'une médiocre confiance dans ce traitement complexe, car contre une maladie qui paraît spécifique, un spécifique pourrait seul assurer du succès. (*Gaz. hebd.*, nos 51 et 53, 1864, et no 1 de 1865.)

A l'occasion d'un fait de ce genre observé dans son service de l'hôpital Lariboisière, M. Hérard a fait une excellente leçon sur cette nouvelle espèce nosologique en mettant en parallèle toutes les données précédentes avec ce cas particulier. (*Union méd.*, nos 90 et 91.)

ALBUMINURIE. Complications. La péritonite indiquée par Bright dès 1827 est une complication assez fréquente de l'albuminurie, dit M. Woillez, et c'est à tort que les vomissements qu'elle provoque seraient attribués à l'empoisonnement urémique. Il s'étonne donc qu'elle ne soit pas signalée par les auteurs français. Il en a observé lui-même trois exemples. Le premier en 1862, à l'hôpital Saint-Antoine, sur un jeune homme qui, après s'être exposé à l'humidité, était atteint d'une maladie de Bright aiguë avec anasarque prononcée. Vers le dixième jour de sa maladie, peu de jours après son admission, il présenta des douleurs abdominales vives, vomissements bilieux répétés, altération profonde des traits, pouls petit et fréquent. La rapidité de l'invasion et la gravité de ces accidents firent d'abord penser à une péritonite par perforation ; mais la mort étant rapidement survenue, on ne découvrit, dans le péritoine, que de la sérosité trouble, purulente, et des fausses membranes molles et récentes.

Elle revêtit une marche chronique dans les deux autres cas. Ainsi, chez un homme robuste de trente-trois ans, entré à l'hôpital Cochin le 10 juin 1863, atteint de la maladie de Bright depuis cinq semaines, et dont l'urine contenait environ un sixième d'albumine, l'état resta stationnaire pendant quatre mois, malgré l'usage des ventouses scarifiées aux lombes, des bains de vapeur, et du tannin à l'intérieur. Mais alors le ventre grossit sensiblement, en même temps qu'un vomissement avait lieu de temps en temps. Le ventre devint bientôt très-vo-

lumineux et le siége d'une ascite considérable, attribuée à tort à une cirrhose intercurrente. La paracentèse, rendue indispensable par la dyspnée, ne donna que cinq litres d'un liquide trouble, blanchâtre, très-albumineux et manifestement purulent, dont l'écoulement dura une heure et demie, interrompu fréquemment sans doute par de fausses membranes. Le malade succomba vingt-cinq jours après par un affaiblissement croissant, continuant à vomir de temps en temps, et atteint de diarrhée sans aucun symptôme cérébral dans les derniers jours.

A l'autopsie, la cavité péritonéale contenait cinq à six litres de liquide analogue à celui retiré par la ponction, et contenant des flocons albumino-fibrineux. Le péritoine était recouvert, en beaucoup de points, de fausses membranes et fortement vascularisé au-dessous.

Le troisième fait concerne une femme de trente-huit ans, sortie puis rentrée à l'hôpital Cochin, et qui y succomba le 5 janvier dernier, après un an de séjour environ. A son entrée, elle fut prise de tous les symptômes d'une péritonite subaiguë, comme dans le cas précédent avec vomissements bilieux presque quotidiens. Une ascite se développa rapidement, puis diminua peu à peu et disparut, bien que le ventre restât douloureux et ballonné. Les vomissements persistèrent, et la malade succomba à une pneumonie droite. A l'autopsie, plus de liquide dans le péritoine, dont la paroi antérieure est épaissie, ardoisée, surtout vers la ligne médiane et au niveau du grand épiploon et du mésentère ; adhérences nombreuses témoignant de la réalité de la péritonite. (*Union méd.*, n° 34.)

Coïncidence de l'hypertrophie du ventricule gauche. Signalée dans 52 cas sur 100 d'albuminurie par Bright lui-même, cette altération a été attribuée par le professeur Traube de Berlin à la gêne de la circulation rénale et à la pression plus grande du sang au-dessus, d'où contractions plus énergiques du ventricule gauche et hypertrophie excentrique. Mais cette explication ne pouvait se confirmer que par la coïncidence bien établie de cette altération avec l'albuminurie et par ses rapports de cause à effet. M. Ollivier, qui s'est occupé spécialement de cette maladie, rapporte trois cas où la relation semble incontestable surtout avec la statistique précédente de Bright. Ainsi, un jeune homme de vingt ans, Manceau (Louis), entre à l'hôpital de la

Charité en 1853, atteint d'albuminurie sans aucun signe d'affection cardiaque. Une année après, il y rentre et l'on put alors constater une augmentation dans l'étendue de la matité du cœur et dans l'intensité de l'impulsion cardiaque. On trouva à l'autopsie un cœur volumineux, mais non surchargé de graisse ; les parois du ventricule gauche, qui est extrêmement saillant, ont trois centimètres et demi d'épaisseur ; elles sont cinq fois plus épaisses que celles du ventricule droit ; leur tissu est ferme. Les valvules aortiques et mitrales ne sont le siége d'aucune altération appréciable ; il en est de même pour les valvules du cœur droit.

Chez le second malade, homme de trente-deux ans, atteint d'albuminurie saturnine et qui succomba en présentant l'ensemble de phénomènes décrits sous le nom d'urémie dyspnéique, on trouva à l'autopsie le ventricule gauche un peu hypertrophié ; les valvules auriculo-ventriculaires et artérielles n'étaient point altérées.

Les reins étaient atrophiés, et offraient la dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales, des vaisseaux capillaires et des glomérules qui est la caractéristique de la néphrite albumineuse ou parenchymateuse persistante.

La troisième observation présente quelques particularités : le malade atteint d'albuminurie saturnine, avait eu des douleurs arthralgiques avec *péricardite secondaire*. On trouva après sa mort : les reins hypertrophiés et graisseux, le ventricule gauche globuleux et très-saillant ; les parois ont deux centimètres et demi d'épaisseur, tandis que celles du ventricule droit atteignent environ un centimètre ; aucune valvule n'est insuffisante.

Il semble donc bien évident, surtout par la première observation, que l'altération rénale entraîne consécutivement celle du ventricule gauche et sans admettre comme un fait démontré cliniquement l'embarras des capillaires rénaux comme en étant la cause, on ne peut s'empêcher de la regarder comme très-probable. Du reste, la pathogénie est ici moins importante que la coïncidence. (*Soc. de biologie*, décembre 1864.)

D'après les faits et les expériences de MM. Münk et Leyden, l'apparition de l'albumine dans l'urine à la suite de l'empoisonnement par l'acide sulfurique ne coïncide pas toujours avec une lésion rénale. Elle est même accompagnée de cylindres sans que l'épithélium ni le tissu connectif interstitiel soient altérés.

Dans ces cas, l'altération évidente des globules sanguins par l'acide sulfurique semble en être la cause. Une altération des reins l'explique au contraire dans les autres. (*Gaz. hebd.*, n° 3.)

Voy. EMPOIS. PAR LES ACIDES.

TRAITEMENT. Dès longtemps signalées, les propriétés diurétiques de la *graine de clématite* ont été rendues évidentes dans deux cas remarquables. Chez un ouvrier de trente-huit ans, admis à l'hôpital de Bavière, et présentant tous les signes de l'albuminurie chronique : urines très-albumineuses, infiltration générale, amblyopie, commencement d'hypertrophie du ventricule gauche sans lésion valvulaire; l'emploi de la digitale et des purgatifs ayant amené une diarrhée intense qui obligea de renoncer à ces moyens, M. Sauveur prescrivit une infusion de graine de clématite. Bientôt une abondante diurèse s'établit, la quantité de l'albumine diminua graduellement dans l'urine et l'hydropisie ne tarda pas à disparaître.

Chez un syphilitique arrivé à la dernière période de la maladie de Bright, offrant un épanchement séreux considérable, qui avait résisté à tous les moyens employés, M. Sauveur recourut encore à l'infusion de graines de clématite, et dès lors l'anasarque disparut en un petit nombre de jours, à la suite d'un flux urinaire copieux, et quand le malade quitta l'hôpital, la proportion d'albumine était diminuée très-notablement. (*Soc. méd. de Liége*, 1864.)

Il s'agirait de reconnaître le principe actif de ces graines, et s'il est astringent, comme dans beaucoup d'autres végétaux, le genêt, l'*Uva ursi*, par exemple, on saura que c'est au tannin qu'il est le plus sûr de recourir en pareil cas.

Perchlorure de fer. A peu d'exceptions près, M. Lionnel Beale n'a pas employé d'autre médication, dans les affections rénales, depuis six ans, que la teinture alcoolique acide ou la solution aqueuse de perchlorure de fer, dans une infusion de quassia et par un usage persévérant, il en a toujours obtenu de bons effets. Ce résultat lui paraît autant dû à l'action heureuse de l'acide sur l'estomac qu'il excite, comme il l'a souvent expérimenté en l'administrant seul, qu'à celle du fer lui-même. Il ajoute ainsi à la solution un peu d'acide, ou d'éther chlorhydrique, ou d'esprit de chloroforme, quand la vessie est irritable surtout (*Med. Times*, janvier). C'est donc le contraire des mauvais effets obtenus

en France avec cette préparation, avant que M. Adrian fût parvenu à la préparer chimiquement neutre et d'une stabilité parfaite. En raison du climat ou du régime des Anglais, on sait, en effet, que les excitants réussissent beaucoup mieux sur eux que sur nous.

Cet emploi fréquent et cette action rapide dans l'albuminurie ont conduit le docteur Hassall à en rechercher la présence dans l'urine. Toutes ses expériences tentées avant, pendant et après l'usage de cette substance, ont été négatives, jamais il n'a retrouvé la moindre trace de fer dans ce liquide. Son acidité n'a pas changé. D'où il conclut que l'action de cet agent sur le rein n'est pas directe, que le fer est expulsé par l'intestin et qu'elle s'exerce par l'intermédiaire du système nerveux. (*Lancet*, décembre 1864.)

Iodure de potassium. Chez un homme atteint de la maladie de Bright au dernier degré avec subdélirium, affaiblissement de la vue, etc., l'albumine étant si abondante qu'elle occupait les 9/10ᵉ de la colonne d'urine, le professeur Prudente essaya l'iodure de potassium pour voir si par son passage rapide dans l'urine, il ne modifierait pas le tissu rénal. Par un dosage progressif jusqu'à 4 grammes dans les vingt-quatre heures, le malade, qui paraissait près de mourir, s'est amélioré au point qu'il vivait encore un mois après l'usage de ce médicament avec diminution de moitié de l'albumine émise sans trace d'épithélium : rétablissement de la vue, état général satisfaisant. Ce point de thérapeutique clinique mérite donc d'être remarqué. (*Gaz. med. di Torino*, nº 35.)

Mémoire sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie, par M. V. Cornil, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, etc., etc. Brochure grand in-8° de 64 pages, avec une planche lithographiée (*Germer Baillière*).

Cette thèse honorée d'une médaille d'argent au concours annuel de la Faculté de médecine et limitée à la description des lésions qu'on trouve à l'autopsie des malades qui avaient de l'albumine dans les urines, pendant la vie, se termine par les conclusions suivantes, présentées à la Société de biologie en 1864 :

1° La congestion rénale ne suffit pas pour produire l'albuminurie ; pour que l'albumine passe dans l'urine, il est nécessaire qu'avec la congestion coexiste une lésion anatomique des cellules épithéliales des tubuli.

2° Cette lésion des cellules épithéliales qu'on trouve constamment dans toute albuminurie pathologique, quelque légère, quelque passagère qu'elle soit, consiste dans la tuméfaction trouble des cellules épithéliales, remplies d'abord de granulations protéiques, puis de granulations graisseuses. Cet état du contenu des tubes urinifères se rencontre : *a*, dans la néphrite albumineuse passagère ; *b*, dans la néphrite albumineuse persistante.

3° La néphrite albumineuse passagère (*nephritis catarrhalis* de Virchow et Rosenstein) s'observe très-souvent dans la fièvre typhoïde, le typhus, le choléra, la fièvre puerpérale, l'érysipèle, etc. Elle est caractérisée par l'état des cellules dont nous venons de parler.

4° La néphrite albumineuse persistante ou parenchymateuse comprend trois formes :

a. La néphrite albumineuse simple, qui peut succéder à la forme précédente, et qui en diffère seulement par des lésions plus profondes, plus générales, débute par une tuméfaction trouble des cellules et se termine par leur transformation complète en granulations graisseuses. C'est la plus fréquente de toutes les lésions du rein qui causent l'albuminurie.

b. La néphrite albumineuse avec dégénérescence graisseuse des vaisseaux (artères, vaisseaux des glomérules, réseau capillaire). Bien que ces lésions puissent exister avec une néphrite albumineuse simple, on trouve en même temps, dans le plus grand nombre des cas, une atrophie commençante du rein et des granulations brightiques ; ces granulations de la substance corticale du rein, toujours causées par l'atrophie des tubuli qui entourent la granulation, tandis que dans le nodule lui-même, les tubuli et les glomérules conservent leur volume normal, n'ont pas besoin pour se produire de l'hypergenèse du tissu conjonctif du rein. On peut distinguer deux espèces de granulations du rein, suivant que le tissu même de la granulation est plus ou moins altéré que les parties qui l'entourent. Cette forme de maladie du rein succède toujours à la précédente.

c. La néphrite albumineuse avec la dégénérescence dite amyloïde des vaisseaux. Il en existe deux variétés, suivant que les parties altérées se colorent seulement en brun par l'iode et l'acide sulfurique, ou passent au contraire par toute la série des couleurs du prisme. Cette forme succède parfois à la forme *a* et n'en est qu'une complication.

5° Les cylindres épithéliaux et hyalins se rencontrent dans tous les cas en grand nombre dans l'urine des albuminuriques; ils peuvent se rencontrer, mais alors ils sont très-rares, dans l'urine normale. Les cylindres hyalins et encroûtés de granulations graisseuses ont seuls de la valeur pour le diagnostic des degrés avancés de la néphrite albumineuse persistante ou parenchymateuse.

6° La dégénérescence graisseuse des cellules peut se rencontrer dans les tubuli, bien qu'il n'y ait pas ou qu'il y ait très-peu d'albumine ; ainsi que cela s'observe surtout dans le cas d'empoisonnement par le phosphore et dans l'ictère très-prononcé, quelle qu'en soit du reste la cause.

ALCOOLISME. La passion des liqueurs fortes, de l'*aguardiente*, eau-de-vie, en particulier est telle, parmi la race indienne au Mexique, qu'une division spéciale de l'hôpital Saint-André de Mexico est spécialement affectée aux malades atteints d'alcoolisme. Le docteur Renard en distingue deux formes : la cérébrale et la cérébro-spinale. La première est incurable, et si l'emploi de la noix vomique ou de la strychnine peut atténuer la diarrhée pendant quelques jours, celle-ci reprend bientôt plus intense et rebelle. L'opium est le meilleur moyen de combattre l'insomnie, le délire féroce de la seconde, mais les affusions froides sont encore plus curatives (*Recueil de méd. militaire*). La digitale à haute dose n'aurait-elle pas un effet aussi efficace en pareil cas que dans le *delirium tremens?*

Dans la mort subite qui s'observe trop souvent à la suite d'ingestions excessives de liqueurs alcooliques, celle-ci peut se produire dans des circonstances telles que la cause réelle soit mise en doute. Ainsi dans une dispute, une rixe, on peut croire à des coups portés, d'autant plus qu'en présence d'une mort aussi subite, il ne manque pas de gens pour affirmer avoir vu porter ces coups. L'autopsie peut éclairer ces doutes. Sur 7 autopsies d'individus morts en état d'ivresse, M. Tardieu a rencontré 2 fois une hémorrhagie pulmonaire et 6 fois une hémorrhagie méningée qui, dans 4 cas, s'accompagnait d'hémorrhagie intra-ventriculaire. Celle des méninges peut donc être considérée, dit-il, comme caractéristique de la mort par alcoolisme aigu.

Ce signe a servi ainsi au docteur Ménard à décider du genre de mort dans une expertise médico-légale. Un berger avait fait

de nombreuses libations lorsqu'il rencontre un de ses camarades avec lequel il a une discussion. Tout à coup, au milieu de la dispute, il tombe à terre avec les symptômes d'une apoplexie comateuse, perte de la connaissance et de la parole, stertor, embarras de la respiration, et après quelques minutes il rendait le dernier soupir. Le lendemain, le bruit s'étant répandu qu'il avait succombé à des blessures de son adversaire, la justice procéda à une enquête et fit pratiquer l'autopsie.

Aucune trace externe ni interne de violences pouvant expliquer la mort ne furent rencontrées, pas même sur les téguments du crâne examinés minutieusement. Le crâne ouvert, on trouva au contraire, un sang noirâtre, poisseux, en partie coagulé, formant un caillot mou, sans adhérence, sur la surface externe de l'arachnoïde, cachant les circonvolutions, les anfractuosités cérébrales et formant une couche épaisse à la face latérale et supérieure des deux côtés, surtout à gauche. Un piqueté rougeâtre prononcé existait dans la substance cérébrale ce qui témoignait que la mort était due à l'hémorrhagie méningée, conséquence de l'ivresse et de la colère qui en avait été la suite. (*Journ. de chim. méd.*, juin.)

Bien des cas semblables pourraient être joints à celui-ci pour appuyer ce caractère médico-légal.

Lésions anatomo-pathologiques. Elles sont de deux ordres, suivant M. Lancereaux. Tantôt elles touchent la trame organique (hyperplasies conjonctives); tantôt elles affectent l'élément spécial à chaque organe (dégénérescences graisseuses). Les premières, véritables phlegmasies adhésives, se montrent soit dans l'épaisseur des parenchymes, soit à la surface des membranes. Dans les parenchymes, elles produisent un épaississement de la trame, dont le retrait imprime le plus souvent une physionomie particulière à l'organe malade; en dernier lieu, elles déterminent l'atrophie et l'altération secondaire des éléments fonctionnels de cet organe. Le foie, le cerveau, les reins, et même les poumons, s'il faut en croire Magnus Huss, sont susceptibles de cette altération. Pour les membranes, ce qui frappe, c'est d'abord une injection et un pointillé hémorrhagique; plus tard l'épaississement et l'induration, rarement le ramollissement, voilà pour les muqueuses digestive et respiratoire. Les membranes séreuses ou fibro-séreuses, les tuniques de certains vaisseaux présentent des productions organisées de

fibres conjonctives et de vaisseaux friables, dont la rupture devient le point de départ fréquent de petites hémorrhagies.

La deuxième espèce de lésions ou dégénérescences graisseuses se rencontre d'une façon presque constante dans certains organes, tandis que les inflammations adhésives chroniques ne sembleraient exister, pour les mêmes organes, le foie par exemple, que chez un quart des buveurs. Les éléments propres à chacun des organes sont envahis par des granulations grisâtres ou graisseuses qui les gonflent et les détruisent. C'est ce que l'on observe pour les cellules hépatiques, les épithéliums des reins, et même ceux du pancréas, des glandes salivaires et des canaux spermatiques. Les vaisseaux capillaires de l'encéphale, les cellules nerveuses, les fibres musculaires, les cellules cartilagineuses, enfin, subissent les mêmes changements auxquels n'échappe même pas le tissu osseux.

Par la ressemblance de cette dernière altération avec celle qu'amène la vieillesse, l'auteur conclut que l'alcoolisme produit une sénilité anticipée. (*Acad. de méd.*)

ALIÉNATION MENTALE. Étiologie. Dans la folie consécutive à la chorée, M. Thore conclut du résumé des faits de ce genre et de deux observations originales, que l'on n'a pas assez tenu compte des complications de cette maladie dans l'étiologie pathogénique des troubles intellectuels. (*Ann. méd. psychol.*, mars.)

De la folie consécutive aux maladies aiguës. Thèse inaugurale par le docteur Mugnier, ancien interne à l'hôpital de la Charité de Turin. Paris.

Il résulte des 43 observations réunies par l'auteur que cette complication se manifeste surtout à la suite de la fièvre typhoïde, la pneumonie et le choléra ; plus rarement les fièvres éruptives et le rhumatisme. Les formes de délire plus souvent observées sont : la démence aiguë, la manie, la monomanie ambitieuse et la mélancolie hypochondriaque. A moins que l'hérédité y joue un certain rôle, le pronostic est en général favorable à l'aide surtout du régime tonique qui en est le meilleur traitement.

Urines des aliénés. De nombreuses expériences faites sur 50 malades par M. Addison, il résulte :

1° Que la quantité d'urine, de chlorure de sodium, de l'urée,

des acides phosphorique et sulfurique qu'elle contient, excrétée durant un paroxysme de manie aiguë, d'épilepsie, de paralysie générale, de mélancolie ou de démence, est moindre que durant un temps égal de santé.

2° Que dans la mélancolie chronique, la quantité de ces constituants de l'urine sont réduits au-dessous de la moyenne et parfois au minimum de ce qu'ils sont dans l'état de santé.

3° Cette proportion varie au-dessus et au-dessous de la moyenne de santé dans l'idiotie, la démence paralytique ou non; dans la majorité des cas, le poids de l'acide phosphorique est entre la moyenne et le minimum de celui trouvé en santé. (*British and for. med. chir. Rew.* avril.)

C'est ce que le professeur Lombroso de Pavie avait déjà établi précédemment (*Morgagni*, 9e livraison, 1864), en démontrant que la moyenne du poids spécifique et du volume de l'urine des maniaques est au-dessous de la normale. Mais il est en opposition en trouvant que l'acide phosphorique augmente après l'accès. L'aliéniste italien démontre que l'erreur provient de l'omission d'analyses volumétriques par son contradicteur. En ne tenant compte que de la diminution absolue de l'acide phosphorique, sans son rapport avec la quantité d'urine émise, il a confondu les deux termes. Ainsi de la moyenne de l'urine des furieux : il a trouvé 22 grains d'acide phosphorique et 33 grains chez les convalescents, mais la quantité d'urine était de 54 onces chez les premiers et de 23 seulement chez les seconds. Un furieux émet ainsi durant trois jours d'accès, 65,78 grains d'acide phosphorique dans 52 onces d'urine, et 80,18 dans 154 onces rendus dans les trois jours de calme. Si donc la proportion était seulement égale après l'accès, l'acide phosphorique aurait dû être de 192 grains au lieu de 80. Ce qui montre la vérité de la théorie de Moleschott et Sutherland, que le processus de la manie est une forme d'atrophie du cervelet. (*Gazz. med. Venete*, n° 26.)

Hérédité. Des recherches statistiques du docteur Prainger-Steward, basées principalement sur celles de Thurnam, Brigham et de Crighton, il résulte manifestement qu'elle est d'autant plus fréquente que l'on se trouve dans de bonnes conditions pour avoir des renseignements exacts à ce sujet. Le plus souvent elle est directe ; mais, contrairement aux assertions de plusieurs aliénistes, Esquirol et Baillarger entre autres, l'in-

fluence du père et de la mère se balancent, bien que celle du père soit plus sensible sur les garçons et celle de la mère sur les filles. Une plus grande prédisposition du sexe féminin a été confirmée dans des proportions très-décisives.

La mélancolie après la dipsomanie est l'affection qui se déclare le plus souvent héréditairement.

La folie paraît se déclarer plutôt chez les individus prédisposés que dans l'aliénation accidentelle. La puberté et l'âge mûr sont les deux périodes les plus à redouter pour sa manifestation. Les rechutes sont également plus fréquentes. De la fréquence même de ces rechutes, on peut conclure à l'hérédité. De là sans doute un plus grand nombre de cas héréditaires parmi les célibataires que chez les personnes non prédisposées.

Par contre, la guérison est bien plus fréquente chez ceux-là que chez ceux-ci, surtout lors des premières attaques. C'est au moins une compensation. (*Ann. méd.-psycholog.*, nov. 1864.)

Traitement. *Moutarde.* Ce nouvel agent médicamenteux, réduit en poudre, est prescrit à la dose de 5 à 6 poignées, dans un bain par le docteur Newington comme un puissant dérivatif. Il l'emploie aussi mêlée à la graine de lin dans un cataplasme enveloppant tout le corps, la tête exceptée. Il l'a trouvé utile surtout dans la manie en amenant du sommeil quand tous les autres moyens avaient échoué. (*Lancet*, juin.)

Protoxyde d'azote. (Gaz hilariant.) Il a été employé par M. Chapelle d'Angoulême en solution dans l'eau comme l'acide carbonique dans l'eau de Seltz, à la dose d'un verre matin et soir. Dans la paralysie et la démence, les résultats n'ont pas été satisfaisants; mais l'état de deux lypémanes dont il rapporte l'observation en a été promptement amélioré d'une manière durable. (*Acad. de méd.*, mai.)

Vie de famille. Après l'emploi des moyens physiques, M. Brierre de Boismont recommande les moyens moraux dans la mélancolie et toutes les formes tristes de la folie en ces termes :

« La vie de famille n'est pas seulement favorable à la cure des maladies mentales, elle retarde encore pendant des années la marche de l'état chronique.

Elle permet de diminuer le nombre des sections ; elle ôte

à l'asile la physionomie du cloître et le rapproche de la maison ordinaire.

Cette action incessante de la vie de famille mine sourdement les conceptions délirantes, tandis que le raisonnement direct et l'émotion sentimentale échouent presque constamment au début de la maladie.

L'époque où il faut commencer la vie de famille varie suivant les symptômes.

Tantôt elle est applicable dès le commencement, tantôt il faut attendre que la période d'acuité soit affaiblie.

Cette observation permanente, qui indique les moments où il faut parler raison, n'est pas moins indispensable pour l'étude de la responsabilité légale des aliénés.

Pour diriger ce traitement, qui est un auxiliaire puissant du traitement moral, il ne faut pas de qualités supérieures ; un esprit droit et charitable y réussira très-bien.

La femme, par son dévouement, est éminemment propre à cette mission. Elle doit être secondée dans son œuvre par d'autres personnes de sa famille, ou, à leur défaut, par un personnel choisi.

La famille naturelle ne saurait remplir ces indications, parce qu'elle est très-souvent le point de départ de la folie, et qu'elle ne peut d'ailleurs exercer sur les malades l'influence de l'étranger qui a vécu avec les aliénés.

Enfin, cette vie commune de tous les instants adoucit ce qu'a de pénible l'isolement, dans les cas où il est nécessaire. » (*Union méd.*, n° 102.)

Mélancolie. *Électrisation.* M. Michéa a employé la faradisation comme moyen de traitement chez trente-trois lypémaniaques, en la répétant chaque jour ou tous les deux jours pendant une ou deux semaines, chaque séance variant entre deux ou trois secondes et cinq à dix minutes.

Le fluide électrique produit par toutes les transformations, par toutes les actions et les réactions chimiques qui se passent au sein de l'organisme, diffère-t-il du fluide nerveux ou est-il identique avec lui ? Ce qu'il y a de certain, c'est que la faradisation est une méthode qui peut rendre des services dans le traitement de la folie mélancolique ou dépressive. Ainsi, elle a triomphé, à la suite d'aliénation mentale :

1° Du refus obstiné d'alimentation, de l'inertie et du mu-

tisme volontaire, et elle en vient d'autant plus vite à bout que la sensibilité à la douleur n'est ni abolie, ni diminuée.

2° Dans la mélancolie avec analgésie ou anesthésie, elle ramène dans les cordons nerveux la sensibilité concentrée dans l'épanouissement intra-crânien, et de cette façon elle peut faire évanouir les espèces de délire partiel qui ont leur source dans les paralysies du sentiment.

3° Elle active la perspiration cutanée, fonction toujours entravée dans la folie dépressive.

4° Dans quelques cas, elle agit d'une façon défavorable sur l'imagination, et il faut, en général, éviter d'en faire l'application aux malades qui se disent persécutés, par des moyens empruntés à la physique, à la chimie, à la magie, etc. (*Abeille méd.*, n° 18.)

Folie puerpérale. Sur 155 cas de ce genre reçus depuis dix-huit ans, à l'asile Fifeshire d'Edimbourg par M. le docteur Tuke, il y avait :

28 cas avant la grossesse ;

73 cas pendant l'accouchement ;

Et 54 cas dus à la lactation.

Insanité de la grossesse. C'est le plus souvent la mélancolie, surtout dans les premières grossesses, comme elle s'est montrée 9 fois sur 28. De ces 28 cas, 3 se sont déclarés le troisième mois, 5 le cinquième et 9 le septième, 12 fois on a constaté une prédisposition héréditaire. La guérison est la règle : elle a eu lieu 21 fois.

Insanité puerpérale. La manie aiguë prédomine à cette période. Il y en a eu 53 cas contre 15 de mélancolie. La primiparité y prédispose aussi. Après trente ans, les femmes y sont plus exposées. La guérison a lieu le plus souvent, et la plupart de ces femmes ont pu sortir de l'hôpital après quatre à six semaines. Quand le trouble intellectuel persiste davantage, le pronostic s'aggrave, la guérison devient douteuse.

Insanité de la lactation. Il y a eu 39 cas de mélancolie et autant de guérisons. Les malades étaient en général anémiques, plusieurs étaient atteintes d'exophthalmie. (*Med. chir. Soc. of Edinburgh*, avril.)

Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeu-

tique, par le professeur Griesinger, traduit de l'allemand (deuxième édition), sous les yeux de l'auteur, par le docteur Doumic, médecin de la Maison centrale de Poissy, ouvrage précédé d'une classification des maladies mentales, accompagné de notes et suivi d'un travail *sur la paralysie générale*, par le docteur Baillarger, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine, etc. Un fort volume in-8°.

Certificats d'aliénation. Sur le pourvoi de madame Escande, contre un arrêt de la cour d'Aix, du 21 juillet 1863, au profit des docteurs Aubanal et Peyron, la cour de cassation a jugé dans son audience du 10 janvier 1865, sous la présidence de M. Nicias Gaillard et sur les conclusions conformes de l'avocat général Fabre, que les médecins qui, en dehors des cas prévus par les art. 4 et 19 de la loi de 1838, ont délivré à un commissaire de police des certificats tendant à faire séquestrer une personne dans un établissement d'aliénés, en constatant que sa liberté peut être un danger imminent pour les personnes ou un trouble pour la tranquillité publique, peuvent être exonérés de toute responsabilité nonobstant un jugement établissant la fausseté des faits constatés et les art. 1382 et 1383 du Code Napoléon, s'il n'y a pas eu de leur faute.

Examen de la loi du 30 *juin* 1838 *sur les aliénés*, par J.-B. Petit, médecin en chef de l'asile des aliénés de Nantes. In-8° de 68 pages.

ALIMENTATION. D'après les communications antérieures de M. Robin, le café, les antiputrides non désorganisateurs qui produisent avec les matières protéiques des combinaisons inattaquables par l'oxygène humide, diminuent la vitesse de consommation sans gêne pour l'économie animale ; ils permettent aux matières en circulation de supporter plus longtemps l'action de l'oxygène ; ils diminuent, par conséquent, le besoin de réparation ; ils mettent dans l'état où sont les habitants des pays chauds, si remarquables par la faible quantité d'aliments nécessaire à leur existence et par la facilité avec laquelle ils supportent l'abstinence ; ils se rapprochent, pour ainsi dire, à volonté des animaux à température variable, plus remarquables encore par les mêmes propriétés.

Sous l'influence de ceux des modérateurs de la combustion lente qui agissent par combinaison, la température des animaux

à sang chaud s'abaisse plus ou moins ; ils deviennent donc plus ou moins à température variable. Dans ces nouvelles conditions, ils doivent être moins sensibles que dans les conditions normales à l'action des anesthésiques, qui ne sont autres que des poisons asphyxiants.

Chacun sait d'ailleurs que l'alimentation dans laquelle le café intervient en grande proportion n'est pas du tout incompatible avec la santé. On peut emprunter au goudron des antiputrides propres à faire des boissons dont l'usage journalier peut être longtemps et avantageusement soutenu. Suivant ce qui a été dit, l'alimentation arsenicale elle-même, et sans doute l'alimentation sous l'influence d'une multitude d'autres antiputrides par combinaison, par opposition à l'action de l'oxygène, n'est pas plus incompatible avec une bonne santé. On est donc conduit à ces applications : 1° Pour diminuer les besoins de la respiration des animaux, de manière à rendre l'anesthésie moins dangereuse. — 2° Pour produire artificiellement l'hibernation chez les mammifères. — 3° Pour favoriser l'engraissement sans fournir ni la graisse ni ses matériaux. — 4° Préparer l'alimentation dans les pays chauds, pour éviter les effets dus à la gêne de la respiration dans l'ascension des montagnes, le séjour des mines, etc. — 5° Pour diminuer les inconvénients d'une alimentation trop peu abondante, et parfois à la faire supporter sans gêne. — 6° Pour rendre moins dangereuses les opérations chirurgicales. — 7° Prévision du pouvoir fébrifuge.

Emploi diététique des acides organiques. Voy. GOUTTE.

ALLAITEMENT. *Crevasses du sein.* Dans le but de les combattre, on se sert dans le peuple d'une eau acidule dont on lave les bouts plusieurs fois par jour, puis on les recouvre après chaque lactation d'une petite calotte de plomb. Or, M. Guérard a pu constater que cette pratique présente de graves dangers pour les enfants, car il s'est assuré qu'après vingt-quatre heures d'usage, cette petite calotte est déjà couverte d'une couche blanche formée d'un composé de plomb dont une partie, en restant adhérente au mamelon, peut empoisonner l'enfant qui le suce. Beaucoup de coliques sont probablement dues à cette cause. C'est donc là un danger très-réel sans compensation, car les gerçures n'en persistaient pas moins dans le fait qui a suscité cette observation. (*Soc. méd. des hôpit.*)

La bouillie traditionnelle exigeant un long travail de l'estomac pour transformer l'amidon en sucre et dextrine, Liebig conseille d'ajouter à la farine autant de fine fleur de malt, soit 15 grammes de chaque, et 32 centigrammes de bicarbonate de soude pour suppléer à l'alcalescence de ces farines relativement au lait de femme. Le mélange intime se fait avec 30 grammes d'eau. Délayez ensuite dans 150 grammes de lait de vache, placez sur un feu doux en retirant dès que le mélange s'épaissit pour le replacer alternativement en ne portant à l'ébullition que lorsqu'il reste fluide, et après quelquesminutes le tour est fait; il n'y a plus qu'à servir.

Ce potage nutritif, connu à Munich sous le nom de *soupe de Liebig*, s'est montré efficace dans un grand nombre de cas ; il remplace le mieux l'allaitement naturel. (*Union méd.*, n° 16.)

AMAUROSE. Une femme de trente-trois ans souffrait depuis douze ans de maux de tête, d'accès épileptiques revenant deux à trois fois par semaine. Il y a dix ans, sa vue commença à faiblir ; après avoir lu au moyen de lunettes, elle fut réduite à renoncer à la lecture, quel que fût le grossissement employé.

A l'examen ophthalmoscopique, M. Hart trouva le disque optique très-blanc ; les veines pleines et tortueuses ; pupilles dilatées et absolument immobiles.

Beaucoup de remèdes avaient déjà été essayés sans succès, entre autres l'application de glace sur la tête. M. Hart tenta cependant le froid sur la partie inférieure de la région cervicale suivant la méthode du docteur Chapman, comme moyen d'augmenter l'afflux du sang à travers le système nerveux du grand sympathique. (Voy. Thérapeutique, *Dictionnaire*, 1864.) Les relations connues de la région cervicale de la moelle avec la circulation du cerveau et de l'œil encourageaient *à priori* cette tentative. On appliqua donc deux ou trois fois par jour le sac réfrigérant de Chapman au lieu indiqué, pendant une demi-heure. Trois jours après, ce topique appliqué durant l'accès l'abrégea et fut suivi d'un profond sommeil. On continua cinq semaines, et les accès ne reparurent plus que tous les dix jours.

La vue n'a pas été modifiée moins sensiblement. La malade, qui, au début du traitement, ne pouvait lire qu'un type au-dessous du n° 10 de Giraud-Teulon, lisait à la fin le n° 4 aisément. Ses pupilles, quoique encore paresseuses, étaient moins dilatées, et à l'ophthalmoscope les disques optiques étaient moins

blancs et avaient une couleur plus naturelle. (*Lancet*, janvier.)

Amaurose puerpérale sans albuminurie. Depuis les belles recherches de Landouzy sur les rapports de l'amaurose avec l'albuminurie et la constatation de ce phénomène dans la grossesse, qu'il complique si souvent, bien des cas d'amaurose passagère se sont ainsi expliqués depuis. Tel est le cas cité par Morgagni. Beer aussi a décrit, en 1817, une forme d'amaurose commençant avec la grossesse et disparaissant avec l'accouchement. Ramsbotham rapporte également l'exemple d'une femme enceinte qui devint amaurotique dans les derniers mois de la grossesse. Un traitement très-énergique par les émissions sanguines et le calomel fut institué sans succès, tandis que l'accouchement fit disparaître spontanément cette cécité. Bien d'autres cas analogues existent sans doute dans les annales de la science, et l'on ne peut guère douter maintenant que l'albuminerie n'en fût la cause.

Une observation relatée par le docteur Eastlake à l'*Obstetrical Society* de Londres tendrait cependant à faire admettre cet accident comme purement sympathique de la puerpéralité. Appelé le 31 janvier près d'une femme de trente-quatre ans, mariée à un peintre, accouchée depuis trois jours normalement, sans aucun accident et en bon état de santé, il la trouva totalement aveugle, ne pouvant rien distinguer. L'examen ophthalmoscopique par M. Lawrence ne découvrit aucune lésion organique. *Il n'y avait pas d'albuminurie.* Elle n'avait pas pris de seigle ergoté. La sécrétion du lait et l'écoulement des lochies étaient naturelles. Après l'accouchement, elle avait perdu soudainement connaissance et s'était trouvée aveugle en revenant à elle. Ses paroles avaient été momentanément incohérentes, mais bientôt elle avait recouvré toute sa raison et ne se plaignait absolument que de la perte de la vue à la visite, quoique cet accident ne fût pas nouveau pour elle, car c'était son neuvième accouchement à terme, et les sept derniers avaient été suivis de la même cécité temporaire pendant trois à cinq semaines.

Par sa reproduction régulière, cet accident exclut toute supposition d'albuminurie ni d'aucune autre lésion organique. Ce serait donc un simple effet sympathique de la puerpéralité, sinon d'une congestion cérébrale.

Amaurose tæniforme. Un maçon de vingt-sept ans, traité précédemment du tænia, s'étant exposé à un soleil ardent pour la réparation d'une toiture à Milianah, présenta deux jours après une céphalalgie violente avec diminution progressive, puis abolition de la vue dans l'espace de huit jours. A son entrée à l'hôpital, cécité absolue à droite avec douleurs profondes dans le globe oculaire; symptômes moins accusés à gauche. Pouls lent, régulier, roideur du cou. Un traitement antiphlogistique et révulsif énergique amena une amélioration notable de la vision, au point que le malade pouvait lire les gros caractères de sa pancarte lors de sa sortie.

Mais il s'établit dès lors des alternatives de mieux et de pire avec congestion, dysphagie, hébétude, que le sulfate de quinine ne fait pas disparaître; surviennent des vertiges avec contraction des membres, pupilles fixes, dilatées, délire aigu. Ces crises convulsives s'étant montrées à plusieurs reprises précédemment, le médecin, en soupçonnant la nature helminthique, prescrivit l'écorce de grenadier. 40 mètres de tænia furent bientôt expulsés et immédiatement la vue s'améliora, ainsi que l'état général, et la guérison fut consolidée. (*Rec. de mém. de méd. et de chir. mil.*, février.)

Amaurose diphthéritique. Comme tous les autres sens, la vue est passible de l'action paralysante de la diphthérite; M. Gubler, l'un des premiers, a montré cette généralisation. M. Fano relate ainsi un cas d'amaurose consécutive s'accompagnant d'une certaine difficulté de la parole chez une petite fille de neuf ans. Il suffit de quelques excitants et surtout des toniques pour rétablir promptement ces fonctions (*Gaz. des hôpitaux*, n° 110). Ce n'est pas d'ailleurs seulement à la suite du croup que l'on observe ces paralysies consécutives par anémie; elles se rencontrent aussi à la suite de la fièvre typhoïde comme de toutes les phlegmasies intenses et prolongées.

Dans tous les cas d'amaurose d'origine douteuse, M. Sichel voudrait que tous les praticiens constatassent rigoureusement la présence ou l'absence de l'étiologie par l'abus du tabac ou des boissons alcooliques. Il croit que ces recherches établiraient d'une manière solide l'existence incontestable de ces deux espèces d'amauroses. (*Ann. d'oculistique*, mars et avril.)

AMÉNORRHÉE. Pour montrer la nécessité d'un examen complet en pareil cas, M. Raciborski en relate un où, consulté sur l'opportunité du mariage pour une jeune personne de dix-huit ans, splendide de fraîcheur et de santé, qui n'avait jamais été réglée, sans en éprouver de troubles ni de dérangements, crut devoir, avant de répondre, exiger un examen complet, malgré la résistance de la mère et de la jeune fille. Bien lui en prit, car il constata l'absence complète de vagin et d'utérus, et prévint ainsi tous les désagréments graves pouvant résulter d'un mariage contracté dans ces conditions. De là la nécessité, ressortant de considérations intéressantes, de ne se prononcer jamais légèrement en pareil cas et sans avoir constaté que le but du mariage peut être rempli. (*Gaz. des hôp.*, mars.)

Aménorrhée primitive. L'utilité des explorations utérines et du cathétérisme utérin, dans ce cas, ressort surtout des leçons de M. Huguier sur l'*hystérométrie*. Voy. ce mot.

Aménorrhée par cause psychique. M. Raciborski en fait une espèce particulière lorsqu'elle est produite par une forte émotion de crainte d'être enceinte ou un vif désir de le devenir. Il en assimile la production à l'anaphrodisie momentanée chez l'homme préoccupé de son impuissance. Dans deux cas qu'il rapporte en détail (*Arch. de méd.*, mai), avec trop de détails peut-être dans le premier, où il s'agit d'une épouse et d'une mère ayant manqué à ses devoirs, il y avait, en effet, retard de plusieurs jours avec fièvre et surexcitation telle que déjà, prévenu du retard, le praticien pouvait juger de suite qu'il ne s'agissait pas de grossesse. En l'absence d'affection utérine, il lui suffirait donc de constater le trouble général, le trouble nerveux, intellectuel. En connaissant le sujet de la préoccupation morale, M. Raciborski put ainsi rassurer ces femmes et, au moyen de quelques excitants, les capsules d'apiol entre autres, voir bientôt apparaître les règles et dissiper tous les accidents.

De l'aménorrhée par causes psychiques, etc., par M. le docteur Raciborski, 16 pages in-8.

AMPUTATION. L'avis unanime des chirurgiens américains, après la triste expérience qu'ils ont acquise durant la dernière guerre, est que les amputations primitives par suite

de plaies par armes à feu sont préférables aux amputations secondaires ; opinion confirmée par la statistique suivante des amputations faites à l'hôpital Stanton, à Washington.

Amput. primitives . . .	61	18 morts.	Amput.	secondaires.	12	6 morts.
— de cuisse . . .	18	10 —	—	—	7	3 —
— de jambe . . .	25	4 —	—	—	4	2 —
— tibio-tarsienne.	2	0 —	—	—	»	» —
— du bras	12	3 —	—	—	1	1 —
— de l'avant-bras.	2	0 —	—	—	»	» —

(*Am. Journal of med. Science*, 1864.)

Leurs succès dans les hôpitaux et la prévention consécutive de l'infection purulente, de l'érysipèle, etc., sont subordonnés, du moins en partie, selon M. Gosselin, à certaines précautions qui ne sont pas toujours observées; ainsi, de ne pas presser les malades à se faire opérer toutes les fois que l'amputation peut être différée, de les faire persuader, par les sœurs ou autrement, de manière qu'ils demandent eux-mêmes l'opération. Les placer en général dans l'endroit qu'ils peuvent désirer après l'amputation, éviter le voisinage des malades qui leur déplaisent ou qui peuvent leur être nuisibles par des affections susceptibles de se communiquer. C'est à les interroger ou à pressentir leurs idées à cet égard que le chirurgien peut ainsi, en évitant de les démoraliser et au contraire en leur étant agréable, leur être utile, de même qu'en évitant de provoquer la douleur par des pansements simples. (*Union méd.*, nº 10.)

Température du moignon. Dans un exemple de vice de conformation de l'avant-bras gauche, présentant un tronçon de 14 centimètres de long formé des deux extrémités supérieures du radius et du cubitus brusquement terminées à la partie moyenne comme un moignon d'amputé sans cicatrices, M. Demarquay constata non-seulement une diminution de volume des muscles du bras et de l'épaule correspondants, mais encore une diminution de 4 à 5 degrés de température avec le bras opposé. Pour décider s'il s'agit dans ce cas d'hémimélie, d'un arrêt de développement ou d'une amputation dite spontanée, ce qui lui paraît le plus probable, il propose de rechercher si les moignons des amputés ne présentent pas ainsi généralement cette diminution de température. (*Union méd.*, nº 60.)

Amputation de la langue. Malgré deux premiers insuccès,

le professeur Syme, d'Edimbourg, a pratiqué cette opération une troisième fois avec un résultat favorable. Il s'agissait d'un homme de cinquante-deux ans qui présentait la langue gonflée et indurée de la pointe à la racine, au point de remplir la bouche, d'être immobile, d'empêcher la parole et la déglutition des solides. De couleur bronzée, la surface en était tuberculeuse et ressemblait ainsi à la peau du crapaud. La salive était d'une odeur repoussante.

Divers traitements suivis depuis plusieurs années n'avaient pas empêché ce développement morbide et un nouvel essai n'ayant fait que l'aggraver, le malade demanda à être opéré, malgré les terribles conséquences qui pouvaient s'ensuivre et qui ne lui furent pas dissimulées.

L'opération fut faite sans chloroformisation, afin de prévenir l'écoulement du sang dans la gorge, le 27 décembre 1864. Une incisive ayant été extraite, l'incision divisa au milieu la lèvre inférieure et se prolongea en bas jusqu'à l'os hyoïde ; puis, le maxillaire scié, les attaches, y compris celle des génio-glosses, furent divisées sur l'index servant de guide, et les branches du maxillaire écartées permirent de disséquer le plancher de la bouche et de diviser les hyo-glosses. La langue put ainsi être attirée en avant et les artères linguales liées avec sécurité. L'opération aurait pu être terminée d'un seul coup, si ce n'eût été la crainte que l'épiglotte ne participât à la maladie, ou de la léser avec le bistouri agissant sans guide. Les deux tiers antérieurs de la langue furent donc excisés, et le doigt pouvant ainsi atteindre l'os hyoïde, le fixa, tandis que le surplus des adhérences était divisé. Après la ligature des artères, les bords de la plaie furent réunis avec des sutures métalliques et un drain fut placé à la partie inférieure pour l'écoulement des liquides.

Les attaches des muscles mylo- et génio-hyoïdiens, divisées dans les deux premiers cas furent ainsi respectées, afin de conserver la déglutition volontaire et prévenir la propagation de l'inflammation traumatique au larynx aussi bien que l'effusion purulente dans les poumons dont étaient morts les premiers opérés. Ce fut une heureuse modification, car dès le lendemain l'opéré put avaler du lait sans régurgitation, au moyen d'une tasse à goulot. Aucun accident n'enraya la cicatrisation, moyennant un appareil de gutta-percha maintenant les deux branches du maxillaire en place. Une abondante alimentation liquide ramena

rapidement des forces, et l'amélioration fut telle sous ce rapport que l'opéré put quitter Edimbourg le 23 janvier pour Manchester. (*Lancet*, février.)

Désarticulation de l'épaule *Procédé spiroïde.* Considérant les difficultés opératoires du procédé de Lisfranc, la gêne d'aller comprimer l'artère dans celui de Dupuytren, le danger de trop marquer les échancrures dans celui de Larrey, et surtout l'inconvénient commun d'attaquer l'articulation par l'endroit où elle est le plus profondément masquée par la voûte acromiale, M. Foucher a proposé la modification suivante :

1er *temps.* Le malade est couché et un peu incliné sur le côté sain ; le chirurgien, placé de ce même côté sain, saisit de la main gauche le bras qu'il doit enlever et le ramène fortement dans l'abduction forcée et dans la rotation en dedans.

2e *temps.* Un couteau à lame étroite est enfoncé par sa pointe immédiatement au-dessous de l'angle postérieur de l'acromion, jusqu'à ce qu'il rencontre la résistance de l'omoplate, puis il est conduit à travers les parties molles, que l'on incise entièrement en bas et en arrière, de manière à tracer une courbe légère à convexité postérieure et à cinq travers de doigt. Au-dessous du point de départ, le couteau est dirigé obliquement sur la face externe du bras en formant une légère concavité inférieure qui se termine au bord extérieur du biceps (dans ce temps les tendons sont repris, et la capsule à sa partie postérieure a été coupée) ; le lambeau est disséqué et relevé.

3e *temps.* On coupe la capsule en conduisant le couteau d'arrière en avant à travers l'articulation.

4e *temps.* Sans désemparer, le chirurgien, avec le couteau passé en arrière de l'humérus, achève la section du lambeau postérieur, que son aide a soin de tendre exactement.

Ce procédé paraît bon, en ce sens que l'acromion est parfaitement recouvert, que les vaisseaux sont coupés en dernier lieu, qu'il est facile de les comprimer dans la plaie pendant leur section, que l'on peut opérer le malade couché, et qu'enfin la plaie est dans une position telle que le pus s'en écoulera naturellement, et qu'il s'applique aussi bien à la résection qu'à la désarticulation. (*Mouv. méd*, n° 5.)

Amputation de l'omoplate. Pour la troisième fois, comme le professeur Syme d'Édimbourg (V. *Année* 1864), M. Michaux

de Louvain a pratiqué cette opération en conservant le reste du membre supérieur, et il a obtenu un succès complet. (*Acad. des sc.*, avril.) C'est donc au moins sept cas que la science possède, en comptant celui du professeur Langenbeck, qui l'a pratiquée le premier en 1855.

Amputation de l'utérus. Par une coïncidence bizarre, il est arrivé à la *Pathological Society* de Londres, dans sa séance du 16 mai, le même fait qu'à celle de chirurgie de Paris à propos de l'amputation de l'utérus par M. Fleury. Le docteur Slayter, d'Halifax, a adressé, comme spécimen de ce genre, une pièce pathologique excisée en entier, au moyen de l'écraseur, chez une femme de trente-trois ans, sans perte de sang, Or, il s'est trouvé que, mise en parallèle avec un véritable utérus enlevé par la ligature et conservé dans les collections pathologiques, cette pièce en différait du tout au tout. C'était une masse ferme, solide, noirâtre, du volume d'une noix de coco, sans cavité à l'intérieur ni traces des trompes de Fallope qui s'observaient sur l'autre. Comme ici, la conclusion fut qu'une grosse méprise avait été commise. Il faudra donc y regarder désormais à deux fois.

ANASARQUE. *Aconit.* Fondé sur son action déprimante du système nerveux et sédative de la circulation sans réaction sur l'encéphale et son heureux emploi dans la médecine infantile, M. Marcq de Bruxelles l'a employé avec succès dans l'anasarque scarlatineuse avec fièvre et chaleur sèche. Une abondante diaphorèse en résulte, que les sudorifiques, les fumigations étaient impuissants à produire ; une diurèse copieuse se manifeste, comme M. Hirtz l'avait déjà constaté dans d'autres cas.

La dose est de 50 centigrammes par jour de l'alcoolature de la plante entière dans une potion appropriée. D'après son action générale, l'auteur croit qu'il agit sur la cause même de l'infiltration, et c'est ainsi qu'il l'a donné comme prophylactique à petites doses pendant la convalescence, et qu'il le propose dans le même but comme sédatif dans la période éruptive, afin de favoriser l'éruption. Mais « c'est à la condition de rencontrer dans l'organisme une résistance sur laquelle on puisse agir en la modifiant ». C'est ainsi que dans deux cas d'épanchement dans les séreuses, où la réaction fit défaut, le médicament n'eut pas d'action favorable (*Bull. de thérapeutiq.*, mai). Il serait

superflu de s'étendre davantage sur tous les raisonnements plus ou moins hypothétiques sur lesquels se fonde M. Marcq pour justifier l'emploi de ce médicament, c'est aux faits et à l'expérience qu'il provoque de prononcer.

Anasarque par rétention d'urine. Espèce nouvellement découverte par M. Bourgeois (d'Étampes), qui en a fait l'objet d'un mémoire, basé sur deux faits, envoyé à l'Académie de médecine en 1855. L'absence de signes ou de lésions propres à expliquer l'hydropisie peut seule conduire au diagnostic par exclusion qu'il s'agit de faire. Une tumeur ovalaire formée par la vessie très-dilatée, et qui plus d'une fois, sans doute, a fait croire à une tumeur spéciale du bassin, en est le signe positif. Elle occupait tout l'hypogastre dans les deux cas de M. Bourgeois, et il suffit du cathétérisme répété pour voir disparaître l'infiltration. C'est en procédant aussi par exclusion que M. Trousseau formula le même diagnostic dans plusieurs exemples qu'il rapporte.

Il est d'autant moins étonnant que cette cause ait été méconnue que, dans ce cas, l'émission de l'urine n'est qu'entravée, diminuée; la rétention n'est pas complète. Une vessie paresseuse, une atonie dans un cas, un calcul dans un autre, une maladie de la prostate le plus souvent, déterminent cet accident. L'attention du malade et du médecin manque ainsi d'être appelée, dirigée de ce côté, et cela d'autant moins que dans l'anasarque symptomatique d'une lésion du cœur ou des reins, la sécrétion et l'émission de l'urine sont aussi plus ou moins diminuées. C'est donc avec grand soin qu'il faut interroger les organes génito-urinaires, toutes les fois que l'on ne peut se rendre compte de l'étiologie d'une hydropisie générale, et M. Trousseau a rendu un véritable service de plus à la science et au médecin en appelant leur attention sur ce sujet et en en faisant l'objet d'une de ses dernières leçons cliniques. (*Union méd.*, n° 28.)

Deux faits analogues ont été communiqués par le docteur Davreux à la Société de médecine de Liége. Il s'agit dans le premier d'un jeune homme de vingt-cinq ans souffrant depuis six à sept mois d'hypertrophie de la prostate. Les urines, de plus en plus rares, finirent par se supprimer. Il existait une infiltration générale. La distension de la vessie était considérable. On parvint à en extraire jusqu'à cinq litres d'urine.

Celle-ci n'était ni sucrée ni albumineuse. Le malade succomba peu de jours après à une hémoptysie foudroyante.

Le second est relatif à un enfant de trois ans, qui, après une chute, ne pouvait uriner que goutte à goutte en poussant des cris. Dès le quatrième jour, il y avait de l'infiltration locale. A l'aide d'onctions belladonées, le cathétérisme put être pratiqué et amena deux litres d'urine foncée et ammoniacale (*Scalpel*, n° 10). Ce second cas ne paraît pas se rapporter à l'espèce spéciale d'anasarque signalée par M. Trousseau, le premier seul paraît similaire aux précédents.

ANATOMIE. Glandes linguales. Elles présentent habituellement, selon M. Deville, la forme de deux corps ovalaires ayant à peu près le volume d'un petit haricot, situées obliquement de chaque côté de la pointe de la langue, ayant leur extrémité antérieure dirigée en bas et en avant et convergeant l'une vers l'autre. Un intervalle de 4 lignes les sépare en avant. En faisant une préparation, Deville les trouva soudées à leur partie antérieure, où elles avaient un développement très-marqué. La droite était plus volumineuse et plus allongée que la gauche. Leur bord externe est recouvert par les fibres réunies du muscle lingual et du stylo-glosse. Bien développées, elles font saillir légèrement la muqueuse linguale de chaque côté du frein. Leurs canaux excréteurs sont de 4 à 6.

Très-vasculaires et recevant un très-grand nombre de rameaux de l'artère ranine, elles sont aussi très-riches en filets nerveux, au point qu'aucune autre glande n'en est aussi abondamment pourvue, ce qui semble indiquer qu'elles remplissent des fonctions physiologiques importantes. Elles sont parfaitement isolées et ne se continuent pas avec les glandes salivaires, comme on l'a prétendu. (*Med. Times.*)

Plexus artériel sous-pleural. De même qu'en 1863, M. W. Turner a décrit, sous le nom de *plexus artériel sous-péritonéal*, des anastomoses entre le réseau artériel des parois abdominales et celui des intestins, cet anatomiste comprend sous ce nouveau titre des anastomoses entre les artères mammaires internes et autres avoisinantes et les branches des artères superficielles du péricarde, du médiastin et celle qui accompagne le nerf phrénique. Celles-ci alors ne se termineraient plus dans ces organes contrairement aux descriptions classiques, mais formeraient

entre elles un nouveau plexus situé sous la plèvre entre le médiastin et le péricarde. Il suffit, pour l'apercevoir et en constater la disposition anatomique, dit l'auteur, de pousser une injection colorée dans les troncs générateurs et d'enlever la portion des parois thoraciques correspondantes. De là l'inutilité de le suivre dans les minutieux détails qu'il en donne dans la *Bristish and foreign med.-chir. Review*, janvier, et qu'il est sans doute plus facile d'observer que de comprendre.

Canaux périvasculaires des centres nerveux. Confirmant les remarques de M. Robin sur la structure des capillaires de l'encéphale, le professeur His a constaté aussi, par l'examen microscopique de minces couches des centres nerveux préparés, durcis, que de nombreuses fissures, plus rapprochées dans la substance grise que dans la blanche, les traversent surtout au niveau de la rencontre de la corne postérieure et de la substance gélatineuse. Observées chez le bœuf, le chien, le lapin, l'homme, elles sont accompagnées de vaisseaux sanguins qu'il a suffi d'injecter avec une solution de nitrate d'argent pour la voir passer dans ces fissures périvasculaires et en colorer les parois. Ce sont donc là de véritables canaux, puisqu'il a pu les injecter dans la moelle comme dans le cerveau. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, mai.)

Position normale de l'utérus. C'est une erreur de dire et de répéter comme on le fait, selon le professeur Claudius de Marbourg, que l'utérus est entouré en avant comme en arrière par les intestins dans sa situation normale. Par la congélation des cadavres et en opérant des coupes, il s'est convaincu qu'il doit toucher avec le ligament large la paroi postérieure du bassin et le rectum à l'état normal. C'est ainsi que sur le vivant, le doigt introduit dans le rectum perçoit toujours immédiatement le stylet ou la sonde sans anses intermédiaires. La fixité de cet organe ne permet pas d'ailleurs aux circonvolutions de se placer entre lui et les parois du bassin. Quand on en trouve dans les replis de Douglas, dans le cul-de-sac utéro-rectal, l'utérus est toujours antéversé ou fléchi en avant. (*Med. Tim.*, janvier.)

Placenta. Contrairement à l'opinion reçue, de nouvelles recherches anatomico-microscopiques ont conduit M. Joulin à con-

sidérer la membrane lamineuse comme distincte et séparée du chorion. Ses éléments histologiques sont absolument différents. Constitués par des faisceaux des fibres lamineuses à lames parallèles parfois entrecroisées, de la matière amorphe et quelques granulations graisseuses, ils ne contiennent ni les noyaux, ni les granulations nucléolaires qui forment la base du tissu chorial. Indépendantes de cette membrane, les villosités ne sont en contact avec elle que par un point de leur surface et n'y adhèrent que par le tissu amorphe, ce que démontrent le raclage, les tractions ou la macération.

Cette membrane tire son origine, d'après cet auteur, du *magma réticulé*, débris du tissu allantoïdien, condensé à la face fœtale du placenta. On peut la séparer en deux feuillets distincts entre lesquels rampent les vaisseaux à leur sortie du cordon. Le feuillet superficiel, toujours extrêmement mince, adhère peu aux vaisseaux, tandis que le feuillet profond, plus épais, adhère très-intimement et est moins tenace. Ils se confondent à la racine du cordon et à la circonférence du placenta, et n'ont pas de vaisseaux propres.

Des différences anatomiques ont aussi été observées dans l'état du chorion au début de la grossesse et dans le placenta à terme. Les rapports des vaisseaux et des villosités sont changés, transformés, tellement que le chorion déplacé, entraîné par les vaisseaux, a fini par disparaître de la surface placentaire comme membrane continue. La doctrine admise sur les connexions des villosités avec le tissu utérin et la circulation maternelle est ainsi profondément modifiée. Elle aurait lieu, suivant l'auteur, au moyen du tissu amorphe, à l'aide de sa capillarité et des courants d'endosmose et d'exosmose établis de la mère au fœtus. (*Acad. de méd.*, juin.)

Recherches sur la membrane lamineuse, l'état du chorion et la circulation dans le placenta à terme, par le docteur Joulin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8°.

Anatomie chirurgicale. TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE GAUCHE. Une tentative d'assassinat sur le comte de B..., à l'ambassade russe, ayant lésé le tronc veineux, sur la position duquel les traités d'anatomie ne donnent que des notions vagues, M. Maisonneuve a pu observer ;

1° Qu'il est d'un volume énorme, au moins égal au volume du pouce ;

2° Qu'il est placé directement en travers de la fossette cervicale inférieure, immédiatement au-dessus de la fourchette du sternum ;

3° Que dans ce point, il n'est séparé de la peau que par une couche de tissu qui n'a pas plus d'un demi-centimètre d'épaisseur, et que, par conséquent, il est extrêmement accessible aux violences extérieures. (*Acad. des sc.*, mai.) Voy. CHIRURGIE.

Piqûre anatomique. Un remède souverain contre cet accident si redoutable qui, chaque année, moissonne plusieurs élèves en médecine des plus zélés, c'est, suivant M. Gayet, la cautérisation transcurrente sur les parties malades. Employée *larga manu*, elle a prévenu tout malheur à l'École de Lyon. Bonnet en a guéri un cas, M. Ollier un autre, dont un interne de l'Hôtel-Dieu était le sujet, et M. Gayet lui-même en relate un exemple tout récent, qui lui est propre. Après quelques jours d'une incubation qui ne s'était révélée que par un travail local sur l'index droit, lieu de la piqûre, la main enfle tout à coup ainsi que l'avant-bras, avec rougeur, des traînées gagnent les ganglions axillaires en même temps que l'état général indique manifestement l'infection.

C'est à ce moment, selon M. Gayet, que l'on doit intervenir avec résolution, énergie, et sans retard, si l'on ne veut tout compromettre. Son malade endormi, il fait ainsi trois incisions le long du doigt, dans lesquelles il passe le cautère, puis il limite le mal par deux traînées transversales dans le repli interdigital, et sème ensuite sept boutons de feu sur la face dorsale de la main et sept dans la paume sur les points rouges et suspects. L'avant-bras est sillonné de même de quatre raies assez profondes descendant parallèlement du coude au poignet. Au-dessus, quatre boutons de feu sont appliqués sur des rougeurs menaçantes. Enfin, une traînée brachiale est pratiquée pour établir une barrière à l'entrée des lymphatiques, dans les ganglions de l'aisselle, et six boutons sont placés en redescendant vers le coude sur une traînée rougeâtre qui disparaît à l'instant. Un mois à peine après cette opération énergique, le malade était guéri.

Ces cas étant désespérés par les autres moyens, on peut même sûrement intervenir avec celui-ci à une période plus avancée. (*Gaz. hebdom.*, nos 7 et 20.)

Empoisonnement par les émanations cadavériques. Ce phénomène rare a été ressenti par M. Guéniot à la suite de l'autopsie d'une accouchée morte d'hémorrhagie par l'insertion vicieuse du placenta. C'était le 18 juillet, par un temps chaud et orageux. Le cadavre emphysémateux, et dans une putréfaction avancée, répandait une odeur si fétide en étalant l'appareil génital, qu'il s'en trouva suffoqué et comme asphyxié pendant un moment en recevant cette bouffée délétère. Il resta 30 à 40 minutes dans cette atmosphère sans en être incommodé autrement, sinon qu'une tasse de chocolat prise à son lever digéra très-lentement. Mais en sortant de l'hôpital, il fut pris de faiblesse insolite, douleurs contusives et froid dans les jambes, conjointement avec douleur sourde à l'épigastre et éructations gazeuses, puis nausées, anxiété, frissons.

A ces accidents d'une simple indigestion succéda une chaleur insolite avec fièvre; puis enchifrènement subit et enfin des sueurs profuses trois heures durant, accompagnées de céphalalgie sus-orbitaire, oppression épigastrique, douleurs articulaires et musculaires, fugaces, etc. Le lendemain tout avait disparu. (*Union méd.*, n° 104.)

Ces effets consécutifs sont-ils essentiellement toxiques ou la conséquence de l'indigestion provoquée par l'autopsie et de l'appréhension, des craintes bien naturelles qu'ils ont pu suggérer chez un médecin connaissant le danger et analysant toutes ses impressions? Une circonstance qui milite en faveur de cette dernière opinion, c'est qu'aucun des assistants, et notamment l'externe de service, qui prit une part active à cette autopsie, ne furent incommodés.

Conservation des cadavres. D'après le rapport du professeur de Filippi à l'Académie des sciences de Turin, à la suite d'expériences et d'études comparatives qui ont duré depuis le commencement de l'été jusqu'au mois de novembre 1864, les cadavres conservés par le procédé Gorini restent pendant quelques mois avec la consistance naturelle, n'ayant d'autre odeur que celle qu'ils avaient au moment de la préparation. Dans cet état, ils peuvent toujours servir pour la dissection anatomique. Au lieu de se putréfier après quelque temps, ils se dessèchent et se momifient; mais même dans cet état, il n'y a qu'à les plonger pendant quelque temps dans un bain d'eau, pour les voir reprendre la mollesse primitive. Les viscères, les vaisseaux

sanguins, les muscles, les nerfs, se conservent très-bien, et l'on peut les isoler jusque dans leurs dernières ramifications. Ainsi ramollis, ces cadavres peuvent encore se dessécher en les remettant à l'air et reprendre ensuite les qualités primitives étant plongés de nouveau dans un bain d'eau. Ces alternatives peuvent se répéter autant de fois qu'on veut sans que jamais la putréfaction se manifeste. (*Acad. des sciences*, janvier.)

Bibliographie. *Eléments d'anatomie générale*, par P.-A. Béclard (d'Angers), ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris. Quatrième édition, augmentée d'un *Précis d'histologie*, de nombreuses additions et de figures intercalées dans le texte, par M. Jules Béclard, de l'Académie impériale de médecine, etc., un fort vol. in-8°.

Œuvre filiale, cette réédition d'un ouvrage tombé dans l'oubli a respecté le texte primitif, que des notes claires et précises ont mis au courant de la science sur les nombreuses recherches et les découvertes faites depuis. Cet ouvrage offre ainsi l'inventaire fidèle et exact des progrès anatomiques faits depuis une quarantaine d'années.

Trattato di anatomia fisiologica umana, traduction en italien, sur la deuxième édition allemande de l'ouvrage du professeur Meyer, par le docteur Albini. Milan.

De la génération des éléments anatomiques, par le docteur Georges Clémenceau, ex-interne des hôpitaux de Nantes et de Paris. Grand in-8° de 222 pages.

Éléments d'ostéologie descriptive et comparée de l'homme et des animaux domestiques, à l'usage des étudiants des écoles de médecine humaine et vétérinaire, par le docteur Thomas (de Tours), ex-professeur d'anatomie à l'École de médecine de Tours, chirurgien en chef de l'hôpital général, etc. Un vol. in-8°, accompagné d'un atlas de 12 planches renfermant 89 figures, dessinées par M. Lackerbauer.

Le mérite particulier de cet ouvrage, qui en rend la lecture attrayante et attachante, au lieu de l'aridité qui se trouve ordinairement dans les descriptions ostéologiques, c'est, comme le titre l'indique, la comparaison du système osseux de l'homme avec celui des animaux, et en particulier des carnassiers et des ruminants. Il en résulte des aperçus nouveaux, ingénieux et justes, qui plaisent et attachent le lecteur.

Anatomie descriptive et dissection, par le docteur J. A. Fort, professeur particulier d'anatomie, etc. IVe fascicule : NÉVROLOGIE, avec 39 figures intercalées dans le texte. In-18.

Mémoire sur la structure et la texture des artères, par le docteur Gimbert, in-8° de 68 pages et 3 planches. *Germer Baillière.*

Ce travail, qui a servi de dissertation inaugurale à l'auteur et qui a été couronné au concours annuel de la Faculté, est un examen comparatif fait au microscope et au micromètre des parois des principales artères du tronc, des membres et du cerveau. Des différences anatomiques très-marquées entre celles-ci et les autres, de même que dans la texture de l'aorte, résultent de cet examen fait sur un très-grand nombre de pièces. (*Journ. d'anat. et de physiol.*, septembre.)

Ricerche e considerazioni sull' apofisi mastoidea e sue cellule (Recherches et considérations sur l'apophyse mastoïde et ses cellules), par le docteur Zoja, prosecteur d'anatomie normale à l'Université royale de Pavie. Milan.

ANESTHÉSIE. Avec le danger bien reconnu aujourd'hui des inhalations chloroformiques, celles avec l'éther tendent à reprendre faveur. Elles n'ont jamais été abandonnées à Naples, où elles sont prolongées des heures entières sans crainte et aussi sans accident jusqu'ici, malgré la grande quantité d'éther employée. La méthode usitée est très-simple. 30 grammes d'éther sont versés sur des chiffons placés au fond d'une large vessie disposée en forme de sac, ou plus exactement semblable aux poches à tabac dites *blagues.* On fait plonger la figure du patient jusqu'au-dessous des yeux, en lui recommandant de faire de larges et fréquentes respirations, de souffler à l'intérieur du sac comme pour le gonfler, afin que l'éther soit vaporisé rapidement, et ses vapeurs respirées presque sans mélange d'air. En une minute, montre en main, l'anesthésie est obtenue.

C'est ainsi que pour l'extension mécanique d'une ankylose de la rotule chez le docteur Ginochi, de Rome, M. Lanoix a vu M. Palasciano retenir cet opéré une heure durant dans le sommeil anesthésique, en versant de nouvelles quantités d'éther dans la poche, et cela sans ces précautions ni ces appréhensions que l'on a avec le chloroforme. La respiration est si haute que

l'on n'a pas à s'en inquiéter, le cœur ne cesse de battre normalement et le réveil a lieu promptement. (*Union méd.*, n° 147, 1864.)

Par leurs intéressantes recherches sur le dosage de l'éther et en parvenant à l'obtenir chimiquement pur, privé d'alcool, MM. Regnauld et Adrian favoriseront l'application de ce nouveau produit pour l'anesthésie, car il est rendu ainsi plus actif et dénué de toute action malfaisante. Après plusieurs essais sur des animaux, M. le professeur Gosselin, en l'employant chez 17 opérés, hommes et femmes, a constaté que les effets de cet éther pur sont plus rapides et plus sûrs que ceux de l'éther ordinaire, qu'il ne donne pas lieu à la période d'agitation que l'on observe avec le chloroforme, et que quatre à huit minutes suffisent, par les procédés usités en France, pour obtenir une insensibilité complète. Sous ce rapport, il le place donc sur la même ligne que le chloroforme. Mais sous les autres, il doit lui être préféré, puisque le chloroforme a déjà fait de nombreuses victimes, tandis que l'éther n'a déterminé jusqu'ici aucun accident. (*Acad. de méd.*, 27 décembre 1864.)

D'après le *Montpellier médical*, il y aurait peut-être danger en préparant cet éther chimiquement pur, d'après les procédés de MM. Regnauld et Adrian, de le rapprocher par là du chloroforme et de le rendre aussi dangereux. La probabilité n'existe pas au moins, car on sait très-bien que du chloroforme impur amène l'anesthésie et produit la mort. Et s'il est vrai que l'éther, depuis son emploi comme anesthésique, n'a jamais produit d'accident, ainsi qu'en déposent tous ses partisans, ce danger paraît d'autant moins à redouter qu'il sera plus pur.

C'est ainsi, que de Lyon, des réclamations de priorité en faveur de M. Bonnet se sont produites, en disputant tout mérite sérieux à la nouvelle préparation de MM. Regnauld et Adrian. Mais l'axiome a eu encore une fois raison : Lyon a été puni par où il avait péché, il a subi la peine du talion, et c'est justice. Fatalement le mal appelle le mal. Il incriminait Paris de contrefaçon quant à l'éthérisation, dont il revendiquait orgueilleusement le privilége de garde et de conservation, et voici que *Montpellier médical* lui démontre victorieusement, et pièces en main, qu'il a la priorité à cet égard. Alors que la chirurgie lyonnaise employait encore le chloroforme et que des morts arrivaient même sous son influence, M. Bouisson avait solennellement prononcé sa condamnation en pleine Académie des

sciences dès le 7 février 1848. Il n'y a donc pas lieu à équivoque, c'est à Montpellier et non à Lyon qu'appartient l'honneur de la découverte des dangers du chloroforme, d'avoir posé les indications et contre-indications de son emploi et d'en avoir le premier restreint l'usage.

Et puis, il ne s'agit pas de cette compétition de priorité. La province s'égare et déplace la question. Acte donné de la juste réclamation de Montpellier contre Lyon, qu'il n'était pas inutile de rappeler pour l'histoire future de l'anesthésie, répétons qu'il s'agit simplement de savoir avec quel éther elle est obtenue à Lyon et à Montpellier, et quel est l'intervalle de temps nécessaire, en général, pour l'obtenir avec cet agent. Que l'on fournisse des faits et de la comparaison avec ceux de M. Gosselin, où l'éther chimiquement pur de MM. Regnault et Adrian a été employé, sortira la solution du problème. Pourquoi donc compliquer celui-ci ?... On le devine sans peine.

Anesthésie électrique. Vingt-cinq médecins et chirurgiens étaient réunis, le 26 février dernier, à l'hôpital de Brescia, sur l'invitation du docteur Rodolfi, pour observer ce mode d'anesthésie et en constater la réalité par un procès-verbal authentique, consigné dans la *Gaz. med. Lombarda* du 13 mars. Tant d'apparat n'était pas nécessaire, d'après les effets produits par la foudre dans certains cas. Et quand on saura que, sur 94 malades, 6 seulement en ont ressenti l'influence, et que ce sont des femmes et de pauvres hystériques en particulier, on ne trouvera là rien de bien merveilleux. S'il est vrai que l'insensibilité se prolonge jusqu'à dix à quinze jours dans certains cas, cela ne rend pas ce moyen plus applicable en chirurgie.

C'est le *gaz acide carbonique* que recommande à cet effet M. Demarquay. Il constitue, suivant lui, un précieux anesthésique n'entraînant pas les dangers du chloroforme. (*Acad. des scienc.*, juillet.)

ANÉVRYSMES. Diagnostic. *Emploi du laryngoscope.* L'essai tenté avec cet instrument par M. Jackson, pour reconnaître les anévrysmes de l'aorte (V. *Dictionnaire*, 1864), a été renouvelé avec succès par M. Potain, sur un cocher entré le 18 mars à l'hôpital Saint-Antoine avec une grande dyspnée, toux, aphonie, cornage et stridulus aigus sans aucun signe physique d'affection du cœur, ni des poumons, ni du larynx. La

corde vocale gauche seule était paralysée, ce qui expliquait l'aphonie. Une altération ou une compression du nerf récurrent était dès lors probable, d'autant plus que le bruit vésiculaire était complétement absent de ce côté. Un obstacle à la pénétration de l'air au niveau de la bronche gauche pouvait seul en rendre compte, avec d'autant plus de probabilité que le malade accusait quelque gêne dans le dernier temps de la déglutition.

Bien que l'idée d'un anévrysme occupant la concavité de la crosse de l'aorte, où cette artère est en rapport avec la bronche gauche, le nerf récurrent et l'œsophage, fût très-plausible, il s'agissait d'en acquérir la certitude, d'en faire la démonstration. L'absence de battements anormaux et de souffle, de modifications artérielles, même avec le sphygmographe, en rendait l'existence très-douteuse. C'est alors que par un examen laryngoscopique minutieux, M. Potain put reconnaître qu'en pénétrant profondément dans la trachée, l'œil était arrêté là par une surface rougeâtre et saillante faisant suite à la paroi de ce canal, et ne pouvait atteindre l'éperon de la division bronchique. Le refoulement de la paroi trachéale était donc de toute évidence, mais aucun battement ne démontrait la nature anévrysmale de la tumeur. Cette constatation directe lui donnait toutefois un très-haut degré de probabilité, que les accès d'orthopnée devaient bientôt changer en certitude. Ce diagnostic mit ainsi le chef de service en garde contre la tentation de pratiquer la trachéotomie, aussi bien que de tourmenter le malade par des médications au moins inutiles devant l'altération incurable dont il était atteint.

La mort survint le 26 mars, et l'autopsie confirma le diagnostic porté. (*Soc. méd. des hôp.*, et *Union méd.*, n° 93.)

Anévrysme artérioso-veineux. *Aorte et veine cave supérieure.* M. Gallard en a ajouté un cinquième exemple, observé à la Pitié, aux quatre relatés par Goupil dans sa thèse inaugurale (*Paris*, 1855). C'était chez un vannier de soixante ans, bien portant jusque-là, sauf quelques accès de suffocation passagers. Le 3 juin, il est éveillé brusquement par la gêne de la respiration, avec une toux et la figure violette. Il se met à son travail, mais le malaise est si grand à dix heures qu'il va à l'hôpital.

Cyanose très-prononcée de la face, du cou, des deux mem-

bres thoraciques et de la partie supérieure du tronc, avec un certain degré de refroidissement et un peu d'œdème. Une bouteille d'eau de Sedlitz, 50 ventouses sèches sur les membres inférieurs.

Le lendemain, la cyanose, le refroidissement et l'œdème ont considérablement augmenté ; la face surtout est réellement *violette*, comme si la peau était enduite de jus de mûres. La muqueuse buccale est également violacée, bleuâtre, avec yeux injectés ; chémosis ; les veines sous-cutanées sont gonflées ; pas de pouls veineux.

Les membres supérieurs des deux côtés et toute la moitié supérieure du tronc jusqu'à l'épigastre sont violacés et turgides, à un degré un peu moindre que la face ; l'œdème est aussi marqué à gauche qu'à droite.

La circulation se fait d'une manière régulière dans la partie inférieure du tronc et dans les membres pelviens, dont le volume contraste par sa petitesse avec celui des membres thoraciques, œdématiés et turgides.

Ni voussure ni déformation du thorax.

La percussion constate une matité se prolongeant sous le sternum, jusque sous la clavicule droite, où l'on sent un frémissement vibratoire. Sonorité normale dans les autres points.

A l'auscultation, bruit de souffle à la région précordiale commençant au premier temps, et couvrant le petit silence ainsi que le deuxième bruit du cœur. Ce double bruit, moins marqué à la pointe du cœur, où l'on peut encore distinguer les deux bruits normaux, est très-fort à la base et s'entend de même dans toute la poitrine en avant et en arrière, avec son maximum d'intensité sous la clavicule droite, précisément au niveau de la matité, où il est fort et râpeux. Il se prolonge dans les carotides et les deux artères sous-clavières ; on ne l'entend plus dans les crurales, à l'aine. Il est perçu tout le long du rachis, avec son maximum à droite de la colonne vertébrale, vers la quatrième vertèbre dorsale.

Les battements du cœur sont forts, irréguliers ; battements artériels visibles à l'œil sur le trajet des carotides et des faciales. Le pouls, à 96, est aussi fort dans les deux radiales. Les jugulaires, très-gonflées, ne sont animées d'aucun battement.

Voix un peu rauque ; respiration fréquente, pénible, un peu bruyante, s'entendant dans toute la poitrine ; pas de dysphagie.

Fondé sur ces troubles circulatoires, et admettant avec les

précédents observateurs qu'ils dépendent de l'obstacle apporté à la circulation collatérale de la veine cave supérieure par la tumeur anévrysmale de l'aorte toujours préexistante, et non par le mélange des deux sangs, ce que démontre l'intégrité des parties inférieures, M. Gallard diagnostiqua un anévrysme de la crosse de l'aorte comprimant la veine cave supérieure et *peut-être* communiquant avec elle. L'absence de pulsations, de battements isochrones au pouls dans les jugulaires, du thrill particulier aux anévrysmes artérioso-veineux, ne permettait pas en effet d'être affirmatif ; mais ce symptôme pathognomonique ayant fait défaut dans deux des préeédentes observations, rendait le fait au moins probable. Aussi, malgré deux saignées, des ventouses sèches aux membres inférieurs et la digitale à l'intérieur, le malade ayant succombé le 6 juin au matin, l'autopsie confirma ce diagnostic éclairé. (*Union méd.*, nº 143.)

Anévrysme artérioso-veineux du cou. Deux collégiens en vacances, âgés de quatorze à quinze ans, fils d'un médecin de Nantes, s'exerçaient au tir au pistolet. Au moment où l'un d'eux tendait imprudemment à son frère le pistolet tout armé, le coup est parti et a atteint ce dernier au-dessus de la clavicule droite, à la partie latérale et inférieure du cou. L'enfant est tombé, sans perdre connaissance, croyant qu'il avait le bras fracturé. La balle a traversé les vêtements, le muscle sterno-mastoïdien, et est allée se perdre dans la profondeur des tissus, où il n'a pas été possible de la retrouver. D'ailleurs, les tentatives d'exploration avec un stylet, faites avec ménagement, ont dû cesser immédiatement à l'apparition d'un jet saccadé de sang rutilant qui a été facilement arrêté par la compression. M. Letenneur, appelé auprès du blessé, a vu qu'il n'y avait rien autre chose à faire que de l'expectation, et il s'est borné à des applications permanentes de glace au niveau de la plaie. Après trois jours que l'accident est arrivé, il n'est rien survenu d'immédiatement menaçant. Toutefois, dans le voisinage de la plaie, commencent à se manifester les pulsations, le frémissement vibratoire, le susurrus intermittent, tous les signes physiques de la formation d'un anévrysme artérioso-veineux. S'il y a réellement, ainsi qu'on est fondé à le craindre par suite de l'apparition de ces phénomènes, communication entre une artère et une veine du cou, M. Letenneur pense qu'elle doit avoir lieu entre l'artère sous-clavière, lésée à sa partie interne,

et la veine jugulaire interne. Il demande à la Société de chirurgie son opinion sur la conduite à tenir en face des éventualités plus ou moins menaçantes qu'un pareil cas donne lieu de craindre.

Après un débat auquel ont pris part MM. Velpeau, Giraldès, Richet, Demarquay, Heyfelder, Verneuil, et un résumé très-précis de M. Broca, les conclusions suivantes ont été adoptées :

1° Tant qu'il ne surviendra rien de nouveau, continuer l'expectation.

2° Lors même que la formation d'un anévrysme artérioso-veineux deviendrait évidente, ne rien faire davantage.

3° Si une hémorrhagie se manifeste, l'opinion générale est qu'il y a lieu de faire une opération, d'aller à la recherche de l'artère blessée et de la lier au-dessous de la plaie. (*Soc. de chirurgie*, septembre.)

Traitement. *Compression.* Depuis 1835, le docteur Rizzoli a traité par la compression, soit mécanique, soit digitale, 19 anévrysmes. Deux étaient artérioso-veineux : l'un a guéri, l'autre s'est réduit considérablement. Sur les 17 autres, la compression a échoué deux fois complétement, et deux fois, après avoir paru réussir, la tumeur récidiva. Elle resta stationnaire pendant deux ans dans un autre cas. Les 12 faits restants sont complétement guéris depuis longtemps. Il en est même jusqu'à trois où l'anévrysme ayant disparu, le cours du sang s'est ensuite parfaitement rétabli dans l'artère malade ; mode de guérison le plus favorable de la méthode par compression. (*Acad. delle sc. di Bologna*, janvier.)

A l'occasion d'un anévrysme poplité, du volume et de la forme d'un petit œuf, à parois régulières, à cavité exempte d'inégalités, d'anfractuosités, ayant subi vainement et à deux reprises la compression digitale, M. Legouest le soumit de nouveau à la compression mécanique sans nul succès, tandis qu'il parvint à le guérir avec la compression digitale prolongée. Aussi croit-il que les alternatives de ces divers moyens sont nécessaires dans cette espèce d'anévrysme pour en obtenir la solidification. Seulement c'est toujours au prix de douleurs plus ou moins vives. (*Gaz. des hôp.*, n° 106.) Mais cette manière de voir n'a pas été partagée par la plupart des membres de la Société de chirurgie, qui, ne voyant là qu'un fait exceptionnel, ont soutenu que la compression digitale réussit sans cette pro-

longation ni sans employer tant de personnes à la faire. Mieux vaut quelques aides intelligents, se relayant et laissant même des intervalles d'une à deux heures, selon MM. Guersant et Velpeau, que cette compression continue par une multitude de doigts se succédant sans relâche. (*Soc. de chirur.*, août.)

La chloroformisation, continuée douze heures consécutives pour faciliter la compression mécanique en amont et en aval d'un autre anévrysme des artères iliaque et fémorale par M. Mapother à l'hôpital Saint-Vincent de Dublin, mérite également d'être signalée. Jamais peut-être elle n'avait été prolongée aussi longtemps, et nous croyons prudent, si l'envie ou la nécessité de recommencer se présentait, de recourir de préférence aux injections hypodermiques morphinées proposées l'année dernière par M. Liégard pour ce cas particulier.

Compresseur. M. L'Estrange a imaginé un nouveau compresseur pour les anévrysmes, s'appliquant immédiatement sur les artères dilatées. Il a la forme d'une sonde métallique dont l'extrémité courbe est divisée à plat en deux branches, qui se rapprochent et se serrent au moyen d'une vis en comprimant le vaisseau. Une plus ample description de cet instrument avec la planche se trouvent dans la *Medical Press* de Dublin, juin.

Plomb. Un homme de vingt-sept ans fut admis à l'hôpital Guy pour un anévrysme poplité dont il s'est aperçu en marchant dix-sept jours auparavant par une douleur sous le jarret gauche, où il constate une tumeur qui a continué à grossir. Des varices et des ulcérations variqueuses existent sur la jambe de ce côté. La tumeur, à parois excessivement minces, est le siége de bruits et de battements très-distincts. Son volume est celui d'un œuf d'oie. Une tentative de compression échoue. La ligature doit être exécutée. M. Owen Rees tente préalablement l'usage interne de l'acétate de plomb comme coagulant, et administre trois fois par jour la poudre suivante :

Acétate de plomb.	3 grains.
Opium.	1 —

Mêlez.

Diète complète. Un liséré bleuâtre se manifeste dès le deuxième jour sur les gencives. Néanmoins, l'acétate est porté

à 15 grains par jour, et le vingt-sixième, la tumeur est devenue graduellement plus grosse et plus dure par la formation d'un caillot. Les battements cessent bientôt.

Malgré l'emploi répété de l'huile de ricin pour vaincre la constipation déterminée par le plomb, on est obligé d'en cesser l'usage. La tumeur diminua graduellement et permit au malade d'étendre sa jambe un peu infiltrée. Après deux mois, il put quitter l'hôpital et retourner à son travail. Examiné quinze jours après, l'anévrysme fut trouvé complétement guéri. (*Lancet*, n° 11.)

Électricité. C'est par ce moyen que M. Pingault obtint la coagulation d'un anévrysme traumatique de l'artère temporale. Ayant employé le balai électrique sur la joue privée de sensibilité, il vit diminuer les battements de la tumeur. Elle se durcit bientôt, les battements disparurent, et un mois après la guérison était complète. (*Soc. de méd. de Poitiers*, n° 30.)

Dangers des injections coagulantes. Un homme reçoit un grain de plomb dans le pli du bras, et, un mois après, une tumeur apparaît qui grossit progressivement. A son entrée à l'hôpital d'Aix, M. le docteur Chabrier, chef interne, la trouve grosse comme une noix, occupant le pli du coude au-dessus de la ligne articulaire, située en dedans de l'axe du bras, et dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Malgré la résistance des parois, on perçoit la présence d'un liquide. Battements isochrones au pouls manifestes à l'œil nu, plus sensibles encore par la compression; bruit de souffle à l'auscultation. Une compression légère de la tumeur et de l'artère brachiale, jusqu'au-dessus de la partie moyenne du bras, donne la sensation d'une partie emphysémateuse, frémissement très-sensible suivant la pulsation, intermittent comme elle; thrill manifeste disparaissant par une exacte compression de l'artère. On pouvait croire dès lors à un anévrysme artérioso-veineux de l'humérale avec sa veine satellite. Se fondant sur la disparition du thrill et la persistance des pulsations, M. le professeur Alquié diagnostiqua un anévrysme artériel simple

La compression mécanique et digitale, continuée pendant un mois par périodes intermittentes, ayant complétement échoué, M. Goyrand adopta les injections coagulantes de préférence à la ligature.

Une première injection de cinq gouttes de perchlorure de

fer, dans la partie centrale de la tumeur, y détermine aussitôt une grande consistance : le frémissement disparaît ; les pulsations sont plus profondes, plus sourdes, mais persistantes, malgré la compression exercée. Rien de particulier dans l'état général du malade, qui va et vient, boit et mange comme à l'ordinaire.

Devant ce demi-succès, une seconde injection de cinq gouttes fut résolue, et pratiquée à la même place et de la même manière ; mais, aussitôt la pénétration du liquide, la main tout entière pâlit comme à la suite de l'amputation ; le malade accusa une sensation des plus pénibles dans les doigts ; la température locale s'abaissa rapidement, et, malgré des frictions excitantes, des linges chauds, cet abaissement de la température persiste, la douleur augmente, et, sauf les mouvements, la main est celle d'un cadavre. Absence complète de pulsation dans la tumeur, qui est dure et non douloureuse à la pression.

Dès le second jour, un cercle bleuâtre se dessine autour des ongles et grandit les jours suivants. La sensibilité de la main seule s'affaiblit à la surface ; elle est complétement froide et le siége d'une vive douleur profonde. La tumeur anévrysmale est toujours dure, une pulsation est perçue à la partie moyenne de la radiale.

La gangrène sèche suit ainsi sa marche progressive et envahit graduellement toute la main. A la teinte bleuâtre de la peau succèdent des phlyctènes ; les tissus se racornissent sans se putréfier, et, pendant plus de quinze jours, cette main, semblable à une griffe complétement noire, est encore agitée par l'intermédiaire des tendons des fléchisseurs et des extenseurs. Plus tard, elle achève de se momifier ; les doigts se fléchissent dans la main, durs comme du bois ; on les coupe sans douleur. Un cercle se dessine régulièrement au niveau de l'articulation radio-carpienne, et, comme tous ces phénomènes avaient lieu sans retentissement général, on attendit plus de deux mois que cette délimitation fût complète et que l'élimination s'opérât spontanément. Lorsqu'il n'y eut plus que les ligaments articulaires, M. Goyrand passa un bistouri dans l'article, et l'amputation se trouva faite sans effusion de sang. Un mois après, le malade sortait complétement guéri. (*Montp. méd.*, mai.)

Quelle est la cause de cette gangrène ? Le rétablissement de la circulation dans l'avant-bras prouve que ce n'est pas la soli-

dification de la tumeur anévrysmale. Elle ne peut s'expliquer, suivant l'auteur, que par une embolie résultant de la division d'un caillot à cheval sur la bifurcation de l'humérale au moment de la seconde injection. Entraînés dans le courant des deux artères de l'avant-bras jusqu'au poignet, où leur calibre n'a plus permis leur migration, ces caillots ont ainsi arrêté la circulation et déterminé ce terrible accident. Cette interprétation, toute vraisemblable, constitue donc un fait nouveau et qui n'avait pas encore été signalé dans l'histoire des injections coagulantes.

The successful treatement of internal aneurism, appuyé d'observations cliniques par Tufnell. Londres et Dublin.

Cette petite brochure de 34 pages a plus de valeur que beaucoup de gros in-8°, car elle fait connaître un nouveau traitement des anévrysmes thoraciques basé sur la position des malades. Ainsi, dans un des cas cités, le pouls, qui était de 96 pulsations par minute dans la position verticale, descendait à 66 dans la position horizontale, ce qui fait une diminution de 43,200 pulsations par jour. On comprend en effet l'influence salutaire, sans aucune chance préjudiciable, d'un pareil traitement contre les anévrysmes internes, surtout s'il est continué sans relâche pendant des mois, une année même, avec un régime approprié. Assurément, aucun médicament ne saurait lui être opposé avec avantage.

ANGINE. Le diagnostic autant que le traitement topique de cette affection, simple ou spécifique, en seront facilités par l'invention ingénieuse du docteur Labordette. Voy. Spéculum.

Angine de poitrine. Une dame de trente-cinq ans, très-nerveuse et impressionnable, s'en trouvant atteinte, M. Griffith pratiqua de suite une injection hypodermique de morphine, en enfonçant l'aiguille dans la partie qui paraissait être le point de départ de la douleur et d'où elle s'irradiait dans l'épaule et le membre supérieur gauche. Le soulagement fut immédiat; la malade tomba dans un sommeil profond qui dura plusieurs heures; à son réveil, elle ne ressentait que peu de douleur. Toutefois les souffrances étant revenues plus intenses, plus âpres, le même moyen amena des effets tout aussi prompts et avantageux. (*Dublin med. Press*, août.)

ANILINE. Analysant les effets produits sur les ouvriers qui fabriquent les couleurs d'aniline par les diverses substance employées dans cette industrie, M. Bergeron reconnaît l'innocuité des vapeurs de benzine et d'acide acétique, tandis que celles d'acide hypo-acétique donnent lieu à des accidents d'intoxication sur les voies respiratoires. Mais les émanations de nitro-benzine et d'aniline sont les plus dangereuses. Elles déterminent des symptômes fréquents, légers et peu durables de gastricité ; des céphalées et des vertiges qui disparaissent, en général, après quelques semaines d'apprentissage ; des syncopes et, enfin, des phénomènes beaucoup plus graves, mais tout à fait exceptionnels, de coma compliqué parfois de délire et de mouvements convulsifs. Par des expériences répétées sur les animaux, M. Bergeron, en exagérant quelques-uns de ces accidents, a observé que la nitrobenzine agit comme un véritable stupéfiant, et que l'aniline, au contraire, est un excitant énergique du système musculaire. De l'analgésie des membres supérieurs et même de la paralysie musculaire localisée peuvent encore en être le résultat, bien que les expériences n'aient jamais reproduit ce dernier fait morbide. Aucune action spéciale n'en résulte sur les fonctions génitales, qui participent seulement, chez quelques ouvriers, de l'état de langueur de tout l'organisme qu'amènent à la longue les vapeurs carburées.

Mais un effet constant des émanations de ces deux substances est de donner à tous les ouvriers un aspect anémique incompatible, en apparence, avec la dépense de forces que nécessite leur travail ; aussi ce remarquable contraste démontrerait-il, à lui seul, qu'il ne s'agit pas ici d'une véritable chloro-anémie, si l'absence de palpitations et de souffle cardiaque ou artériel, si surtout la rapidité avec laquelle la décoloration des tissus se produit, et la rapidité non moins grande avec laquelle les couleurs normales reparaissent, ne concouraient à montrer que, dans ce cas, l'altération du sang ne peut être bien profonde et ne doit certainement pas se caractériser anatomiquement par une diminution de la proportion des globules ; il y aurait donc là, en définitive, simple décoloration des globules du sang, soit effet direct de l'action des carbures incessamment mis en contact avec ce liquide par les voies respiratoires, soit résultat indirect d'une diminution de la proportion d'oxygène dans l'air que ces ouvriers respirent, sinon du déplacement de ce gaz par les vapeurs carburées et peut-être modification consécutive

dans la forme des globules, que le microscope montre déprimés. Une véritable chloro-anémie peut survenir ensuite avec tout son cortége de symptômes caractéristiques. — Les seuls accidents qui puissent être rapportés à l'arsenic, employé en quantité considérable, sont les éruptions vésiculo-pustuleuses et les ulcérations signalées dans les industries où cet agent est employé. (*Acad. de méd.*, janvier.)

ANTAGONISME. *Un empoisonnement mortel par l'opium*, signalé à la Société de médecine de Strasbourg le 6 juin, sans que l'atropine, antidote par excellence de la morphine, ait été administrée, montre, aussi bien que certaines prescriptions magistrales que l'antagonisme radical de ces deux substances n'est pas encore si généralement connu des praticiens qu'il ne soit nécessaire de le proclamer de nouveau. (Voy. Empoisonnement.)

Opium et belladone. Deux faits, empruntés à la pratique de M. le docteur L. Blondeau, témoignent de nouveau de la réalité de leur antagonisme. — Dans le premier, c'est une jeune femme qui avala, par méprise, deux cuillerées à café, c'est-à-dire 10 grammes de laudanum, représentant $0^{gr},60$ d'extrait gommeux d'opium. Avertie par le goût de ce qu'elle venait de faire, elle fut extrêmement effrayée, et avertit ses parents. On lui donna immédiatement une tasse de café, qui fut aussitôt rendue par des vomissements, ainsi que d'autres liquides qu'on essaya de faire prendre, et dont l'ingestion occasionnait des spasmes violents et très-douloureux de l'estomac. Le médecin, arrivé une heure et demie environ après l'accident, trouva la malade couchée, le visage pâle, les pupilles contractées, de telle sorte que l'orifice pupillaire n'était plus marqué que par un petit point noir ; la peau des extrémités froide, le pouls petit, lent et intermittent. La malade était dans un état d'assoupissement dont on la tirait facilement en lui adressant la parole. 10 gouttes de teinture alcoolique de belladone furent administrées dans un quart de verre d'eau sucrée, mais cette potion fut presque aussitôt vomie. On en donna de nouveau 10 gouttes, mais, cette fois, dans une quantité d'eau équivalant à une cuillerée à café, et on continua le médicament par 5 gouttes, à des intervalles assez rapprochés. 4 grammes de teinture alcoolique représentant une cuillerée à café de la

liqueur, et 19 centigrammes d'extrait de belladone furent ainsi administrés.

Sous l'influence de cette médication, tous les accidents disparurent assez promptement.

Dans l'autre circonstance, les phénomènes de narcotisme, quoique beaucoup plus graves, furent aussi heureusement combattus. C'était une jeune femme qui venait de s'empoisonner volontairement. On constatait l'état suivant : yeux convulsés et renversés sous la paupière supérieure à moitié soulevée ; pupilles, aussi contractées que possible, insensibles à la lumière ; mâchoires violemment serrées l'une contre l'autre ; extrémités et nez froids ; pouls faible et extrêmement lent; enfin, la sensibilité générale des diverses parties du corps était complément abolie.

Le début des accidents remontant à plus de quatre heures, et le poison devant être en grande partie absorbé, il parut inutile de provoquer des vomissements ; on eut recours immédiatement à la teinture alcoolique de belladone, dont on administra, presque coup sur coup, en trois fois, une trentaine de gouttes, portées, aussi profondément que possible, dans l'arrière-bouche, avec une petite cuiller introduite en desserrant les dents avec le manche d'une autre cuiller, tandis qu'on fermait hermétiquement l'orifice des fosses nasales en pinçant vigoureusement le nez.

Cependant les accidents, loin de s'arrêter, prirent un épouvantable développement, et l'asphyxie paraissait imminente. Dans ce péril extrême, M. Blondeau insista sur l'administration de la belladone, en ne prenant plus pour guide que l'état des pupilles, dont la dilatation pouvait seule donner la mesure d'action du contre-poison. Dans l'espace de moins d'une demi-heure, on fit prendre, 10 par 10, à la malheureuse femme, plus de 70 gouttes de teinture.

A peine la dernière dose eut-elle été ingérée, que les pupilles commencèrent à se dilater, et une fustigation énergique ranima la malade ; dès lors, les phénomènes d'empoisonnement se dissipèrent très-rapidement, et cette jeune femme put sortir le lendemain.

En présence des difficultés de l'administration du médicament par l'estomac dans ces deux cas, les praticiens doivent se rappeler qu'ils ont à leur disposition, dans les injections hypodermiques, un moyen plus sûr et plus rapide d'introduire le contre-poison dans l'économie. (*Arch. de méd.*)

Plusieurs expériences tendent à infirmer cet antagonisme. M. le docteur Camus, après avoir déterminé la dose minimum d'opium pour empoisonner un animal d'espèce et de force données, dont il a formé deux séries différentes, l'a injectée par la méthode hypodermique, et il a observé ainsi que la belladone ou l'atropine, s'ajoutant à l'opium ou à la morphine, loin d'en atténuer les effets, les rendaient plus graves et rapidement mortels. D'où il conclut que cet antagonisme n'existe pas. (*Gaz. hebd.*, août.)

Mais ces expériences soulèvent de graves objections. En choisissant d'abord le lapin, qui se nourrit impunément de la belladone, pour sujet de ses expériences, l'auteur s'est placé dans des conditions défavorables et même contraires au résultat cherché. Il a encouru la même objection en ne dépassant pas une dose minimum qu'il est toujours arbitraire de fixer sans connaître la susceptibilité particulière du sujet de l'expérience. Ces expériences ne sont donc pas décisives, et ne sauraient infirmer des résultats cliniques aujourd'hui nombreux et authentiques.

Cet antagonisme n'existerait pas davantage entre les alcaloïdes de ces deux poisons, suivant le docteur Bois d'Aurillac. Ayant injecté séparément à un chat, par la méthode hypodermique, une solution d'atropine et de morphine, il en a observé aussi des phénomènes toxiques et plus graves qu'en en administrant un seul. D'où il conclut rigoureusement que l'antagonisme n'est pas entre ces deux principaux alcaloïdes, mais dans la réunion de tous leurs principes constituants, et qu'en cas d'empoisonnement avec l'un d'eux, il faut se servir de l'autre sous forme d'extrait ou de teinture comme contre-poison. Ici du moins l'infirmation n'est pas aussi absolue ; mais il est difficile de concevoir l'antagonisme d'une substance sans que son élément principal y contribue. Néanmoins ces dénégations doivent susciter d'autres expériences contradictoires pour en déterminer la valeur.

Il est permis d'en espérer la solution du concours que la Société de médecine du 6e arrondissement a institué sur cette question importante. Plusieurs préparations officinales contiennent en effet ces deux médicaments réunis, opium et belladone, de même que les prescriptions magistrales les réunissent encore tous les jours, notamment dans les topiques externes. Il est donc intéressant et utile de montrer s'ils s'annihilent et se neutralisent ainsi. Voy. Prix.

Morphine et jusquiame. Dans deux cas d'empoisonnement par la semence de jusquiame, M. Rezek a pratiqué avec succès des injections sous-cutanées dans la région antérieure du cou avec un 6ᵉ de grain d'acétate de morphine. C'était chez des enfants, l'un de trois ans et demi, l'autre de quinze mois seulement. Il y eut d'abord sommeil profond, puis crampes et convulsions ; face turgescente, yeux saillants, pupilles dilatées, perte de connaissance, trismus et opisthotonos. — Les vomissements redoublèrent ces symptômes. Conduit sans doute par l'antagonisme bien connu aujourd'hui de l'opium avec la belladone, il pratiqua l'injection hypodermique avec la morphine, et cinq minutes après, tous les symptômes avaient cédé et les enfants guérirent. (*All. Wiener Med. Zeitung.*)

On ne s'étonnera pas de la rapidité d'action de cet antidote en se reportant aux expériences de M. Cl. Bernard sur l'absorption par cette voie du tissu cellulaire. Voy. Absorption.

Opium et arnica. Un homme de moyen âge et délicat fut apporté à *S. Mary's Hospital*, le 4 août, dans un état voisin du collapsus, dit M. Bertin. Yeux ternes, anxieux, vitrés, pupilles dilatées, insensibles à la lumière. Pouls à 100, faible, fuyant, peau froide et sèche. Il se plaint, d'une voix étouffée, d'une vive douleur à l'épigastre, et raconte qu'il a pris par méprise une once de teinture d'arnica destinée à des lotions ; qu'il n'en avait éprouvé aucun malaise immédiat, sinon de la sécheresse de la bouche, et avait passé ainsi une très-bonne nuit, mais qu'il avait été éveillé par une douleur aiguë au creux de l'estomac sans pouvoir vomir, avec faiblesse et malaise. Dix heures après cette ingestion, la douleur gastrique est très-vive et augmentée par la pression ; la résonnance de l'estomac est moins étendue que d'ordinaire, sans doute à cause de sa plénitude.

Au lieu de recourir à la pompe aspirante ou à un vomitif, M. Bertin fit prendre 20 gouttes de teinture d'opium dans une once d'eau-de-vie et réchauffer le malade. Une heure après la douleur avait diminué, la réaction était sensible, et une seconde dose étant administrée, il s'endormit profondément et ne se réveilla que parfaitement guéri, de manière à quitter l'hôpital dès le lendemain. (*Lancet*, 19 nov.)

ANTHRAX. Un mode de terminaison par phlébite puru-

lente des sinus cérébraux, notamment du pressoir d'Hérophile, non encore signalé, a été observé par M. Broca à la suite d'un anthrax de la nuque à la période d'élimination. L'eschare occupait toute l'épaisseur de la peau et avait même dans certains points perforé le muscle trapèze et envahi la couche celluleuse sous-jacente. On pouvait redouter que la mortification n'allât ouvrir le canal rachidien. L'issue a été plus insolite. On a trouvé, à l'autopsie, que l'eschare détachée avait mis à nu la protubérance occipitale externe dans une étendue d'environ 2 centimètres. Il y avait dans le crâne une grande quantité de sérosité. De plus, il existait tous les signes d'une phlébite suppurée dans le pressoir d'Hérophile et dans les sinus latéraux jusqu'au niveau de la fosse jugulaire. Là, au voisinage des premières collatérales, c'est-à-dire des veines mastoïdiennes, s'arrêtait le caillot obturateur qui séparait les veines enflammées et remplies de pus du reste du système circulatoire. Cet exemple de phlébite du pressoir d'Hérophile est donc une pure curiosité anatomo-pathologique. Le mécanisme qui a donné lieu à la phlébite suppurée est surtout intéressant. Évidemment, l'anthrax, en dénudant la protubérance occipitale externe, a provoqué, dans les cellules du diploé, qui ont été trouvées épaissies et remplies de pus, une inflammation qui s'est communiquée aux sinus du diploé, lesquels vont se dégorger dans le pressoir d'Hérophile, d'où propagation de la phlébite à ce réservoir et aux sinus latéraux. — Il y avait des abcès multiples dans les poumons. (*Soc. de chir.*, septembre.)

AORTE. V. Rupture.

APHASIE. Suivant cette doctrine que la couche corticale cérébrale joue le rôle d'organe central d'action et la substance blanche le rôle d'organe conducteur, M. Parchappe admet que la relation de la parole avec les lobes antérieurs des hémisphères cérébraux dépend, non de ce que les lobes antérieurs en masse, ou quelques-unes de leurs circonvolutions en masse, sont des organes distincts de la faculté du langage, mais de ce que les lobes antérieurs, partie intégrante par leur couche corticale de l'organe unique de l'intelligence et de la volonté, contiennent dans leur substance blanche les éléments organiques de l'union des deux hémisphères et de la transmission des déterminations motrices volontaires, en ce qui se rapporte à l'ac-

complissement des actes propres à réaliser le langage articulé.

Toute altération notable de la couche corticale, dans une région quelconque des deux hémisphères, ayant pour effet d'entraîner une altération notable dans l'intelligence et expressément dans la mémoire, peut déterminer une altération dans la fonction de la parole, en rendant impossible l'enchaînement des idées, la représentation des idées par des mots, et l'acte de volonté motrice qui, pour la réalisation du langage articulé, doit pouvoir commander les mouvements coordonnés pour la production des sons articulés qui représentent ces mots.

Une altération de la couche corticale, bornée à un seul hémisphère, qui aurait comporté la possibilité de la conservation de l'intelligence, est suffisante pour mettre obstacle à la fonction de la parole, en rendant impossible le concours des deux parties symétriques du centre d'action, qui seul peut accuser la production dans chaque côté du corps des mouvements synergiques indispensables à l'articulation des sons.

Dans l'état d'intégrité de la couche corticale pour toute l'étendue des deux hémisphères, et dans l'état de conservation de toutes les facultés intellectuelles, une altération de la substance blanche qui forme les moyens d'union des deux hémisphères, et les moyens de transmission des déterminations motrices volontaires aux organes musculaires de la parole, peut avoir pour effet de rendre l'articulation impossible, lors même que cette altération n'existe que dans l'un des deux hémisphères, lors même qu'elle serait bornée à l'un des deux lobes antérieurs, selon que l'attestent un grand nombre de faits pathologiques.

Ainsi se trouverait établie, d'après les données de l'anatomie pathologique combinées avec les données de l'anatomie, de la physiologie et de la psychologie, la conciliation de toutes ces contradictions qui jettent la confusion dans le problème de la fonction de la parole, et se trouveraient en même temps, sinon complétement expliqués, au moins rattachés à des conditions physiologiques déterminées, à des éléments organiques distincts, tous les éléments de la fonction de la parole et tous les éléments des symptômes de lésion dans cette fonction, qui se rencontrent dans l'état pathologique.

C'est dans cette direction que paraissent devoir être interprétées les observations d'anatomie pathologique relativement à leur signification véritable, et que paraissent devoir être entreprises les recherches anatomiques, physiologiques et

pathologiques, propres à fournir des solutions susceptibles d'être généralement et définitivement admises. (*Acad. de méd.*)

S'appuyant sur la différence des faits que MM. Broca, Trousseau, Jaccoud, Bouillaud, Dax, font rentrer dans leur définition de cette lésion du langage articulé autant que sur celles des faits qu'il en a rassemblés en grand nombre, M. J. Falret conclut avec raison, selon nous, que ce n'est pas là une maladie, mais un symptôme se produisant dans des conditions très-diverses et offrant de nombreuses variétés de formes et de degrés. Il est donc logique d'admettre une complexité correspondante de la question anatomique et physiologique ; la spécialité n'existant que pour des catégories distinctes. (*Gaz. hebd.*, n° 18.)

Conformément à cette pensée, M. Baillarger classe, divise et catégorise les diverses manifestations de cet état pour en mieux rechercher la cause. Il distingue ainsi l'aphasie simple de la perversion du langage articulé. La première comprend deux groupes ; celui où il y a perte absolue de la parole et de l'écriture qu'il rapporte à l'amnésie verbale; celui où il n'y a que perte de la parole. Ici, il combat et repousse les explications données par MM. Trousseau et Broca pour en faire une amnésie des mouvements de la parole ou, selon M. Bouillaud, une lésion de l'organe coordinateur de la parole, car il y a, dit-il, conservation ici de quelques mots ou de quelques lettres, et certaines phrases, certains mots justes peuvent même être prononcés sous l'influence d'un état moral particulier, la surprise, la colère, etc. Pour M. Baillarger, l'incitation verbale volontaire est abolie dans ces cas, tandis que l'imitation involontaire persiste. De là aussi la perversion de la faculté du langage. (*Acad. de méd.*, 30 mai.)

Localisateur, M. Baillarger discute, critique la statistique de M. Trousseau d'après laquelle, quel que soit le siége fixé, les faits sont contradictoires ; donc, pas de loi absolue. Ainsi, sur 34 observations se rapportant à la doctrine de M. Bouillaud (*lobes antérieurs*), 18 sont favorables, 16 contraires. Pour celle de M. Broca (3e *circonvolution frontale de l'hémisphère gauche*), sur 32 faits, 18 sont contre, 14 pour. Pour celle de M. Dax (*lésions à gauche*), sur 135 faits, 125 sont favorables et 10 contraires seulement. D'où il conclut que ces résultats, en tant que les lésions siégent à gauche dans l'aphasie, sont un fait très-remarquable, et que 8 ou 9 fois sur 10 cette lésion se trouve dans les lobes antérieurs.

Mais il a été facile à M. J. Guérin de montrer combien cette conclusion était peu rigoureuse. Il ne s'agit pas ici de proportion, de numérisme. Si l'organe est ici ou là à gauche, la lésion doit toujours s'y rencontrer. S'emparant du fait très-remarquable rappelé par M. Velpeau, où l'on trouva à l'autopsie d'un malade très-bavard une atrophie complète des lobes antérieurs — et il eût pu en signaler bien d'autres, — il ne voit au contraire dans la lésion de ces lobes qu'une pure coïncidence avec l'altération ou la perte du langage articulé. Les 114 cas de M. Bouillaud ne sont pas convaincants, dès qu'il ne s'est pas occupé de rechercher la subordination de l'un à l'autre. Ce seul fait lui semble la condamnation, la ruine totale de sa doctrine.

M. Bonnafont aussi, tout en se déclarant localisateur et en apportant à l'appui 6 faits de lésions traumatiques des lobes antérieurs ayant déterminé l'aphasie, se contredit pour ainsi dire en en relatant d'autres où la surdité a suffi pour produire la même infirmité. On arrive donc forcément à cette conclusion ultime, que la perte ou la perversion du langage articulé correspond à diverses lésions, et que celles du côté gauche de l'encéphale, soit des lobes antérieurs, soit de la troisième circonvolution, ne les déterminent pas toujours.

C'est surtout ce que M. Cerise, qui a clos cette mémorable discussion, a parfaitement signalé. Le grand nombre de faits invoqués semble démontrer la coïncidence d'une lésion cérébrale avec l'aphasie, dit-il, laquelle est plus fréquente dans l'hémisphère gauche que dans l'hémisphère droit, dans les lobes antérieurs que dans les lobes moyens et postérieurs, et rien de plus. L'expression d'un rapport constant et absolu qui n'existe pas est ainsi exclue aussi bien que l'affirmation d'un rapport de causalité entre la lésion et le symptôme ; en même temps une part équitable est faite aux trois solutions anatomo-pathologiques rivales qui montrent, soit dit en passant, que le problème est loin d'être résolu, puisque ces trois solutions s'excluent et s'appuient sur un certain nombre de faits équivalents.

Ce problème simple du siége anatomique de la lésion cérébrale dans l'aphasie est insoluble, pour lui surtout, en raison de l'abîme infranchissable qui sépare la faculté du langage parlé, c'est-à-dire la faculté même par laquelle l'intelligence humaine se forme, se développe, s'exerce, se manifeste et se propage, de ces quelques mots oubliés, altérés dans leur association, ou

impossibles à produire, que l'on observe dans l'aphasie. Cet abîme est tel qu'il ne peut même concevoir comment l'étude des troubles de la parole externe ou articulée peut servir, non-seulement à la découverte de l'organe cérébral du langage parlé, mais même à la découverte d'une seule des lois en vertu desquelles fonctionne cet admirable instrument de la pensée.

Et la faculté du langage, qui occupe une si grande place dans le problème posé, en a-t-on précisé la signification? Il est des phénomènes nombreux et complexes que l'esprit réunit dans une conception abstraite et unifie en leur donnant un nom général, et qui ne constituent point pour cela une unité organique et concrète. Tels sont les groupes de phénomènes appelés *vie*, *nutrition*, *développement*, *facultés*. La faculté de langage parlé est l'expression unifiée d'un ensemble très-considérable de phénomènes psycho-physiologiques. Elle ne peut être assimilée à une opération simple et élémentaire dont l'organe serait aisé à trouver. Elle ne peut être assimilée qu'à l'intelligence, avec laquelle elle se confond.

Pour lever un des coins du voile épais qui couvre le rôle psycho-physiologique du langage, il faut l'apprécier dans ses rapports, d'une part, avec la pensée, et de l'autre, avec l'appareil psycho-cérébral ou le cerveau considéré comme l'appareil de l'intelligence. Imaginez l'enfant dans le sein de sa mère. Déjà il a des yeux, un appareil visuel tout prêt à fonctionner; cet appareil est disposé dans la prévision des rayons solaires qui éclairent le monde dans lequel il va entrer. Supposez le soleil absent de ce monde; l'appareil visuel, n'ayant plus sa raison d'être, ne fonctionnera jamais; au lieu de compléter son évolution organique sous l'influence de la lumière, il s'atrophiera. Il en est de même de tous les appareils de la sensation, de la nutrition et de la locomotion qui manquent, après la naissance, de l'élément spécial de leur opération fonctionnelle.

Le cerveau ou l'appareil psycho-cérébral est dans des conditions identiques. L'enfant, avant de naître, est en possession de cet appareil encore inachevé, comme il est en possession d'un appareil pulmonaire non encore dilaté. Quel sera pour cet appareil l'équivalent des rayons lumineux, des ondes sonores, de l'air vivifiant, etc., etc.? Quelle sera l'atmosphère dans laquelle il puisera son excitant normal et son aliment fonctionnel? Ce ne sera pas la pensée silencieuse de l'humanité dans laquelle l'enfant

vient de faire son entrée, et que représentent d'abord la nourrice et la famille. La pensée ambiante, si elle est silencieuse, est sans action sur le cerveau du nouveau venu. Ce sera la pensée parlée autour de lui qui apportera à cet appareil son excitation normale. La parole, signe sensible et signe idéal, tenant à la fois de la matière et de l'esprit, sera l'intermédiaire entre la pensée et le cerveau. Aussi a-t-elle été célébrée dans presque toutes les civilisations, chez les Hindous, chez les Grecs, et même chez les anciens Mexicains, comme le souffle initial et sacré qui féconde l'intelligence. Par la parole, les impressions confuses et multiples du monde extérieur, étant nommées et distinguées, deviennent des sensations, des notions, des idées, des affirmations dans lesquelles se révèlent l'unité et l'activité personnelle de l'âme humaine. A mesure qu'un progrès s'accomplira dans l'éducation verbale, un progrès identique s'accomplira dans l'éducation morale et intellectuelle. La connaissance du bien et du mal se formera sous l'empire des préceptes que formulent de mille manières toutes les langues parlées. Par la parole externe, qui n'est possible chez l'enfant qu'après la conquête de la parole interne, se manifeste au dehors une intelligence déjà en plein exercice. Dans cette évolution simultanée de la parole et de la pensée, qui précède et qui suit la conquête ardue de l'articulation des mots, l'appareil psycho-cérébral achève son développement anatomique ; il étend sa surface en creusant plus profondément le sillon des circonvolutions ; il réalise dans un ordre déterminé anatomiquement les associations des diverses idées, et des signes qui constituent le raisonnement et la mémoire, il complète son adaptation originelle à l'ordre logique du langage et à l'ordre logique des idées. Il sera, aux yeux de l'observateur émerveillé, cet appareil appelé *logique* par M. Buchez, précisément à cause de cette double adaptation. Dans sa sagacité, cet éminent et trop modeste confrère a voulu caractériser le rôle du cerveau dans l'acte simultané de la parole et de la pensée. Cerveau, parole et pensée, tels sont les éléments inséparables de l'intelligence humaine, qui, seule, s'appelle raison, parce que, seule, elle se meut librement en vertu d'un enseignement parlé. On avait donné le nom de *logos* à deux de ces éléments; on avait créé le mot *logique* pour indiquer l'ordre régulier du raisonnement pensé et du raisonnement parlé. M. Buchez a compris que l'appareil dont les aptitudes fonctionnelles sont appropriées à réaliser cet

ordre régulier, devait, par une qualification identique, rappeler la cause finale de ses opérations.

Dans cet appareil logique où sont si étroitement associées la pensée et la parole, l'hypothèse d'un organe spécial de la faculté du langage paraît inadmissible; c'est comme si l'on prétendait découvrir l'organe cérébral des chiffres en les distinguant de la science du calcul, qui n'existe et ne peut exister que par eux. Les mots *nómon* en sanscrit, *nomen* en latin, *nama* en gothique, qui signifient *nom*, *nommer*, ont eu, dans l'ancienne langue des brahmanes, une racine commune qui signifie connaître. Témoignage de cette antique sagesse qui n'a jamais séparé le signe de l'idée dans les actes de la pensée.

Voilà pour la faculté du langage parlé, considérée, d'une manière générale, comme moyen de l'évolution et de l'activité intellectuelles, et comme moyen de l'évolution et de l'activité cérébrales. Il reste à apprécier, au point de vue du problème en discussion, le rôle de la faculté du langage articulé, c'est-à-dire, pour être plus précis, le rôle de la parole externe volontaire. Il faut mettre en relief l'intervention de la volonté, puisqu'il s'agit, dans l'aphasie, d'une véritable paralysie de la parole externe volontaire.

La parole externe ne se distingue de la parole interne ni par sa forme, ni par son accent, ni par son intonation. La parole parlée, si l'on peut dire, est le calque de la parole pensée, de la parole apprise, de la parole ambiante, c'est-à-dire de la langue régnante dans le milieu où l'enfant est élevé. L'une reproduit extérieurement, sous forme de proposition, ce que l'autre dit intérieurement sous forme de jugement. La parole externe volontaire ne diffère de l'autre que parce qu'elle est acquise postérieurement à la suite d'une long et pénible exercice, et qu'elle s'exécute au moyen d'un appareil musculaire approprié. Il résulte de cette différence que la parole externe volontaire peut être troublée ou abolie sans qu'il en soit de même de la parole interne.

La parole externe volontaire est, en un mot, un mouvement annexé, superposé à la parole interne, afin que la source de la parole humaine ne tarisse pas dans le monde. Cette différence formelle entre deux choses substantiellement identiques a sa raison unique dans la nécessité, pour la parole interne, de devenir parole externe, et de réclamer l'exécution musculaire de la volonté.

L'aphasie, telle qu'elle résulte du plus grand nombre d'ob-

servations rapportées, pourrait être limitée à trois ordres de faits : 1° oubli du signe avec l'intégrité du souvenir de la chose signifiée ; 2° lésion des liens d'association entre les mots et les idées, avec persistance de la conscience ; 3° abolition de la parole externe volontaire, avec possibilité de la parole externe involontaire ou automatique.

Dans les deux premiers ordres de faits, que l'on peut appeler faits d'amnésie et d'ataxie verbales, la lésion de la parole externe volontaire est une conséquence indirecte, éloignée. La volonté ne peut commander ni l'articulation des mots oubliés, ni la production logique d'une phrase dont quelques mots sont effacés de la mémoire.

L'aphasie proprement dite est la paralysie de l'exécution volontaire de la parole externe, avec possibilité de la parole automatique. Cette paralysie seule constitue l'aphasie. La lésion qui la produit peut être limitée dans un point du cerveau, mais elle peut varier, et elle varie en effet : car il ne s'agit plus de la lésion de l'organe cérébral de la faculté du langage parlé, mais de la lésion de la transmission de l'incitation verbale volontaire, comme l'a appelée M. Baillarger. Or, on ne saurait donner le nom d'organe régulateur, législateur, coordonnateur de la parole à une série de fibres de transmission, chargées d'irradier le commandement de la volonté, de faire converger le signe ou l'idée signifiée jusqu'à l'appareil de l'exécution verbale externe. Autant vaudrait rechercher l'organe de la volonté et de la pensée. Nous préférons nous en tenir à celui qui est trouvé et qui s'appelle lobes cérébraux, et que nous avons appelé appareil psycho-cérébral pour exprimer le concours de toutes ses parties dans l'acte de la parole interne ou de la pensée.

Parmi les faits péremptoires opposés à la localisation du siége de la parole, à l'Académie de médecine, il convient d'ajouter à celui de M. Velpeau, les deux cas de traumatisme suivants : dans celui rapporté par le docteur Pettereau Placide, il s'agit d'un charpentier qui reçoit un coup de levier en plein front, un peu de haut en bas ; la région frontale était comme aplatie ; une plaie énorme la sillonnait, à travers laquelle on voyait les os brisés, les membranes déchirées, *les lobes antérieurs du cerveau dont une partie avait jailli, en bouillie ;* les sinus frontaux étaient détruits, et le blessé retirait lui-même, d'instinct, avec ses doigts, des fragments notables de substance cérébrale par les deux narines qui en étaient obstruées.

Enfin la carphologie survint, et le malade mourut le quatorzième jour de son accident, *sans avoir cessé de parler ou de murmurer des mots plus ou moins intelligibles.* (*Union méd.*)

Dans celui rappelé par M. Deguise, il s'agit d'un mineur, qui, suivant le témoignage de Bérard, avait toute la région frontale à découvert ; les téguments en lambeaux ; les os fracassés, détachés ; le cerveau à nu ; les lobes cérébraux antérieurs *complétement disparus ;* un mélange de sang, de débris d'os, de cervelle, etc. Et cet homme vivait encore. *Il put raconter* à Bérard tous les détails de son accident. De Saint-Maurice il fut conduit à l'hôpital Saint-Antoine, où il succomba le lendemain. (*Acad. de méd.*, 6 juin.)

Quant à la question spéciale, si bravement défendue par M. Bouillaud, à savoir : que les lobes antérieurs du cerveau sont le siége de l'organe législateur de la parole, cette doctrine nous paraît ruinée sans retour par les faits cliniques et d'anatomie pathologique, sans compter l'induction philosophique qui a bien aussi sa valeur, ajoute M. A. Latour dans son résumé de cette discussion. Un seul fait négatif suffit pour la renverser, et les faits de ce genre aujourd'hui se multiplient. Le plus accablant est certainement celui qu'a exhumé M. Velpeau du *Bulletin* de l'Académie. Il prouve, avec les autres, que s'il est quelquefois facile, à l'aide de coïncidences et de rapprochements, d'établir quelques idées générales en anatomie pathologique, il est plus malaisé de s'élever jusqu'à l'institution d'un principe doctrinal, c'est-à-dire jusqu'à la vérité philosophique absolue.

La question psychologique a été résolue par l'argumentation saisissante de M. Cerise. Quels sont les rapports de la parole avec la pensée ? Ces rapports sont inséparables. La pensée est la parole intérieure ; la parole est la pensée extérieure.

Cette formule est éblouissante d'évidence. Or, quel est le siége de la pensée dans le cerveau ? où est-il ? où n'est-il pas ? (*Union méd.*, n° 73.)

La nécessité du concours intellectuel dans l'exercice de la parole prouve seulement, selon M. Dechambre, que cet exercice, dans sa plénitude, n'est pas sous la subordination exclusive d'un noyau circonscrit de la masse cérébrale, et conséquemment, que l'aphasie peut se produire avec des lésions diversement localisées du cerveau ; soit qu'elles déterminent l'amnésie ou empêchent l'incitation des mouvements indispensables

pour l'articulation des sons, c'est-à-dire l'*incitation verbale volontaire* de M. Baillarger, l'*action impulsive et déterminante* de M. Parchappe.

Mais quand l'intelligence est intacte ou assez bien conservée pour les nécessités de la parole, il admet la localisation ; car si l'intelligence altérée ne peut plus retrouver dans le cerveau les signes déposés par l'ouïe, la vue ou les autres sens, ni ne puisse plus déterminer le mouvement qui la traduira par la parole ou l'écriture, il n'est pas moins légitime de concevoir dans les irradiations cérébrales destinées à ce mouvement, une altétération qui empêche la transmission de l'action intellectuelle jusqu'aux racines des nerfs moteurs encéphaliques, notamment de l'hypoglosse. Et comme les circonvolutions des lobes antérieurs ont la plus grande part dans les manifestations de l'intelligence, leurs fibres blanches doivent être le principal instrument de ces manifestations, d'autant plus que, d'après les recherches les plus modernes, ces fibres formeraient par leur convergence le noyau blanc des corps striés et établiraient ainsi une communication entre les cellules grises des circonvolutions et les noyaux d'origine des nerfs moteurs encéphaliques. Il est donc logique d'admettre que cette altération doit porter plus spécialement sur les fibres des lobes antérieurs ; ce que l'anatomie pathologique a confirmé dans la très-grande majorité des cas. (*Gaz. hebd.*, n° 26.)

Cette distinction est rigoureuse, saisissante, et les motifs en sont aussi savamment déduits de l'état de la question que de celui de la science ; aussi doit-elle arrêter l'attention et concilier les doctrines opposées et leurs partisans. Au chaos, à la confusion, elle fait succéder la clarté, les explications, le raisonnement : *Fiat lux*.

Lésion des valvules cardiaques. Ayant par hasard examiné le cœur d'un hémiplégique aphasique, le docteur Hughlings Jackson trouva une lésion valvulaire qu'il regarda d'abord comme une coïncidence fortuite. Mais cette lésion se représenta dans d'autres nécropsies subséquentes, et sur 9 cas d'hémiplégie droite avec aphasie communiqués à la Société huntérienne, elle s'était rencontrée 6 fois. Cette fréquence était frappante. Elle l'est devenue beaucoup plus à mesure que l'auteur a multiplié ses observations, au nombre de plus de 50 aujourd'hui.

Il y aurait, d'après ce fait, un certain rapport entre cette lé-

sion et l'hémiplégie avec aphasie. Au point de vue anatomique, l'obstruction de l'artère cérébrale moyenne, constatée dans plusieurs cas d'hémiplégie, l'établirait d'une manière assez plausible. On doit en effet aux recherches du professeur Kirkes, dont la science déplore la perte toute récente (voy. Nécrologie), de savoir qu'une relation existe entre l'embolie et les altérations valvulaires. Quant à l'aphasie, l'artère cérébrale moyenne se distribuant dans la troisième circonvolution du lobe antérieur, siége exclusif de la parole selon M. Broca, ce fait viendrait à l'appui de cette localisation. Il est à noter que dans le premier mémoire de Kirkes, où sont consignés les premiers exemples d'hémiplégie par embolie des artères cérébrales moyennes, il y avait perte de la parole.

Si l'hémiplégie, dans certains cas, peut expliquer l'aphasie par une paralysie incomplète de la langue ou d'autres organes de l'articulation des mots, la faculté d'écrire peut toujours lever les doutes sur le caractère symptomatique ou idiopathique de l'aphasie coïncidante avec l'hémiplégie.

Il est donc vraisemblable que la perte de la parole coïncidant avec l'hémiplégie et une lésion valvulaire résulte, dans bon nombre de cas, de l'embolie de l'artère cérébrale moyenne gauche. C'est ce que M. Hughlings Jackson a cherché à démontrer par la relation de 38 observations cliniques qui, quoique non suivies d'autopsie, paraissent mettre ce fait hors de contestation. (*Arch. de méd.*, mars et avril.)

Valeur sémiotique de l'aphasie. C'est dans ce même ordre d'idées et d'observation que M. Lancereaux a été conduit à faire du trouble du langage articulé un signe positif du ramollissement cérébral pouvant servir ainsi à le distinguer de l'hémorrhagie, dont le diagnostic différentiel est souvent fort difficile. Etant établie la coïncidence fréquente des altérations cardiaques avec certains troubles subséquents de la circulation encéphalique qui y sont liés, il s'est demandé si l'oblitération de l'artère de Sylvius qui envoie une de ses branches aux circonvolutions frontales postérieures, en en déterminant le ramollissement, ne pouvait pas être ainsi la cause de l'aphasie et celle-ci devenir un symptôme distinctif de cette altération. Or, voici ce que lui a répondu l'observation clinique :

I. Chez une femme de cinquante-sept ans, entrée le 5 août 1864 à l'Hôtel-Dieu, avec un rhumatisme articulaire subaigu

et endocardite, une hémiplégie droite survient au dixième jour avec trouble très-marqué du langage. Mort après une douzaine de jours de cet état. L'autopsie découvre à l'origine de l'artère sylvienne gauche, un caillot rougeâtre se prolongeant dans les collatérales. Le corps strié est en partie ramolli, ainsi que la partie postérieure des circonvolutions, dans une étendue de 2 à 3 centimètres en profondeur.

Cœur volumineux d'un tissu flasque et mou; cavités droites dilatées; endocarde blanchâtre; orifice mitral un peu insuffisant; valvule épaissie à son bord libre.

II. Un homme grand et fort entre à l'hôpital Lariboisière pour une affection cardiaque avec souffle très-fort au premier temps et à la pointe; quatre jours après, il perd subitement connaissance et reste paralysé du côté droit. Il ne peut articuler que quelques mots. L'obstruction de l'artère sylvienne avec ramollissement correspondant était donc ici encore très-probable lorsque le malade fut envoyé à Bicêtre.

Trois faits observés simultanément servent de contre-épreuve à ce signe. Un sujet est frappé d'hémiplégie subite à droite avec perte de connaissance, conservation de la mémoire des mots et du langage rendu difficile seulement par la gêne des mouvements. A l'autopsie, une hémorrhagie cérébrale est trouvée du côté gauche avec irruption du sang dans les cavités ventriculaires.

Le second montre une hémiplégie subite de tout le côté droit, avec paralysie de la langue, conservation de la mémoire des mots et de la faculté de les articuler; hémorrhagie cérébrale à gauche.

La même série de phénomènes se reproduit presque identiquement dans le troisième : hémiplégie subite avec perte de connaissance et léger embarras de la parole, coma; hémorrhagie du centre de l'hémisphère gauche.

Ces cinq observations, recueillies dans l'espace de quelques semaines, sont bien faites pour frapper l'attention. Néanmoins, pour que l'aphasie ait une valeur réelle dans le diagnostic différentiel des affections de l'encéphale, elle doit être accompagnée de quelques autres signes.

Ainsi, lorsque chez un malade ayant perdu subitement connaissance, on voit persister une hémiplégie avec aphasie, il y a lieu de songer à un ramollissement plutôt qu'à une hémorrhagie cérébrale; et ce diagnostic sera confirmé par l'existence d'une affection concomitante du cœur et surtout d'un rétréci-

sement mitral. Au contraire, une hémiplégie subite de cause cérébrale et sans aphasie est plutôt l'indice d'une hémorrhagie du cerveau ; l'absence de lésion cardiaque appuierait ce diagnostic. C'est là le fait ordinaire et qui s'explique facilement d'ailleurs, le siége d'élection des foyers sanguins du cerveau étant la partie externe du corps strié. Mais il n'en serait plus de même dans les cas où ils s'étendraient jusqu'aux circonvolutions, ainsi qu'à la partie postérieure du lobe frontal, comme on l'a observé.

Il ressort donc provisoirement, et sauf vérification ultérieure par des faits plus nombreux, que le diagnostic du ramollissement apoplectiforme consécutif à l'oblitération de l'artère de Sylvius pourrait reposer sur la réunion de ces trois conditions symptomatologiques, savoir : les symptômes d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux, une hémiplégie subite et l'aphasie. La persistance des deux derniers, en l'absence d'une affection cardiaque, permettrait seulement de soupçonner l'existence du ramollissement. C'est là un point de vue très-intéressant. (*Gaz. méd.*, n° 16.)

Aphasie avec tumeurs de l'encéphale. Contre la localisation du siége de la parole dans les lobes antérieurs ni même à gauche, M. le docteur Ladame produit une statistique de 332 cas de tumeurs de l'encéphale, recueillis et analysés au point de vue de la lésion de la parole. 44 fois seulement elle était troublée, gênée ou abolie dans les rapports suivants :

Tumeurs multiples	52	7
— du cervelet	78	5
— de la protubérance	26	8
— des pédoncules	7	1
— de la moelle allongée	9	2
— de la fosse moyenne du crâne	13	2
— du corps calleux	4	1
— des lobes antérieurs	27	4
— — moyens	27	5
— — postérieurs	14	1
— des trois lobes	19	2
— des corps striés	15	6
— de la convexité	17	0
— de la glande pituitaire	14	0
— des tubercules quadrijumeaux	2	0
— du quatrième ventricule	4	0
— des pédoncules cérébelleux	2	0
— de la glande pinéale	2	0
	332	44

On voit à quels résultats subversifs de toute localisation conduit cette statistique. Elle n'est pas moins contraire à la doctrine de M. Dax, car sur les 44 cas d'altération de la parole, la tumeur siégeait 21 fois à gauche, 15 fois à droite et 8 fois des deux côtés. Il n'y a donc, d'après cela, aucune loi à établir sur ce sujet. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 65.)

Au point de vue *médico-légal*, il paraît urgent à M. Legrand du Saulle de prendre des mesures conservatoires pour l'aphasique qui ne sait pas écrire. Et comme l'interdiction ne peut s'appliquer dans ce cas, il propose l'administration provisoire, le conseil judiciaire comme sauvegardant les intérêts suffisamment. C'est ainsi qu'il l'a conseillé, pour un aphasique ne pouvant plus écrire ni prononcer qu'un affreux juron, hémiplégique depuis cinq ans, marié sous le régime de la communauté, père de trois enfants et dont la femme consentait légèrement des dépenses ruineuses.

Le mariage pourrait être consacré au même titre que celui des sourds-muets, après s'être assuré du désir formel du malade.

Quant au pouvoir de tester, la difficulté est plus grande, à cause de cette disposition à prononcer et à écrire un mot pour un autre. Aussi le testament olographe de ces malades est toujours fragile et il vaut mieux qu'il soit notarié. (*Soc. de méd. pratique*, et *Gaz des hôp.*, n° 37.)

APHONIE. Un remède singulier est préconisé par le docteur Colaprete : c'est l'ail trituré avec de l'axonge et appliqué en guise de sinapisme, durant une nuit, au début, sous la plante des pieds. Exerçant dans une localité où les variations de température sont aussi brusques que sensibles, il emploie ce moyen avec succès depuis cinq ans contre les enrouements qu'il a l'occasion d'observer. (*Imparziale*, n° 7.) Il s'agit sans doute de ces aphonies subites, passagères, résultat d'un refroidissement, contre lesquelles un révulsif est tout rationnel. Et cette interprétation est d'autant plus probable que ce remède infaillible, dit l'auteur, contre l'aphonie récente devient impuissant lorsqu'elle est chronique.

APHTHES. Leur apparition dans le cours des maladies, aussi bien que dans tout autre état, est le signe de l'autophagisme suivant le docteur Mourgue. En indiquant que l'organisme se mange, se dévore lui-même, cette production parasi-

taire porte ainsi l'enseignement de son remède : l'alimentation. Dans les maladies aiguës, notamment, ce serait un signe précieux pour faire cesser la diète. (*Gaz. des hôp.*, n° 131). Toutefois, faut-il détruire cette végétation sur place par une médication topique ; la reconstitution de l'économie ne suffisant pas pour la faire disparaître dès qu'elle y est implantée.

APHTHONGIE. Nom nouveau créé par le docteur de Fleury, indiquant à la fois une lésion de la parole articulée et un trouble de la phonation dont il fait une espèce nouvelle d'aphasie. Voy. ce MOT.

Un cas très-remarquable en a été observé par lui à l'hospice des Incurables de Bordeaux, qui semble faire de cette maladie une espèce nouvelle à joindre à celles créées par M. Jaccoud. Chez un garçon de vingt-six ans, vigoureux, robuste, des angines tonsillaires se répètent très-fréquemment et le font entrer à l'hôpital jusqu'à deux fois par mois, et consécutivement il est pris d'accidents nerveux, de spasmes avec trouble de la parole : des phénomènes d'asphyxie ont lieu pendant ces accès, qui ont recourir à l'excision de l'amygdale gauche hypertrophiée. Aussitôt l'épilepsie éclate avec tous ses caractères, et Ernest devient totalement muet et aphone, ne pouvant articuler aucun son ni haut ni bas. La langue et les lèvres ont conservé tous leurs mouvements.

Entré un an après à l'hospice des Incurables pour un de ces maux de gorge périodiques, ce malade présente l'amygdale droite très-hypertrophiée, congestionnée, d'un rouge violacé ainsi que toute l'arrière-gorge. Il se plaint d'avaler difficilement et de ne plus trouver de goût aux aliments. Les attaques d'épilepsie sont journalières et dans l'état permanent de congestion sanguine qui existe vers le pôle supérieur, les phénomènes d'asphyxie pendant les accès font recourir à l'emploi des gargarismes astringents, 12 sangsues à la gorge et ensuite 15 au siége avec quelques adjuvants. Aussitôt on voit revenir graduellement la parole, tellement qu'il est devenu chantre à la chapelle de l'hôpital, où il reste, à cause de ses accès d'épilepsie qui n'ont nullement diminué. (*J. de méd. de Bordeaux.*)

Une élucidation complète de ce fait curieux en le distinguant des autres espèces d'aphasie et des diverses affections avec lesquelles on pourrait le confondre, en fait un travail remarquable et qui montre un médecin aussi instruit que familier avec ces-

questions neuves et obscures des paralysies réflexes et vaso-motrices tout à l'ordre du jour. Il a d'ailleurs donné une plus ample mesure de ses connaissances sur ce sujet dans un *Mémoire sur la pathogénie du langage articulé* couronné par l'Académie des sciences de Bordeaux et publié *in Gaz. hebd.*, nos 15 et 16.

Un exemple analogue au précédent a d'ailleurs été rapporté par M. E. Vallin, qui loin d'y trouver, comme M. de Fleury, une espèce nouvelle, croit pouvoir le faire rentrer dans la première forme d'alalie de M. Jaccoud, c'est-à-dire par paralysie de la langue. (*Gaz. hebd.*, n° 17.) On comprend tout le péril et l'inutilité qu'il y aurait à discuter sur un sujet aussi élastique que les paralysies réflexes, qui n'expliquent souvent certains phénomènes qu'en vertu de conjectures plus ou moins hasardées.

APOPLEXIE. Coup de soleil. En constatant la congestion de tous les organes parenchymateux par un sang noir et fluide chez ceux qui succombent, M. Bonnyman explique la mort par l'accumulation de produits carbonés dans le sang. Aux effets ordinaires d'une température très-élevée : augmentation de la transpiration cutanée, diminution de l'excrétion de l'urine, accélération de la circulation, soif vive, abattement, invoqués pour en rendre compte, il ajoute que sous cette influence, des observateurs anglais ont noté que le sang ne subit pas, par la respiration, ses changements ordinaires. Le docteur Smith, par exemple, a démontré tout récemment que tous les actes respiratoires sont ralentis pendant les saisons chaudes. Il trouva ainsi la quantité d'acide carbonique exhalée par les poumons à une température moyenne pendant le printemps plus élevée d'un tiers que pendant l'été et l'automne. L'excès d'acide carbonique doit donc être excrété par les organes supplémentaires comme la peau, les reins, le foie, les intestins, ce qui explique comment ces organes sont si fréquemment atteints dans les pays chauds.

Or, comme les personnes qui sont frappées d'apoplexie par la chaleur ont la peau chaude et sèche, les urines rares et une constipation opiniâtre, l'élimination ne peut se faire par ces voies supplémentaires et les produits carbonés s'accumulent ainsi dans le sang.

C'est donc surtout à rétablir les fonctions d'excrétion que l'on doit s'appliquer pour prévenir le *coup de soleil.* Des stimulants à petite dose, des diurétiques, des sudorifiques, des pur-

gatifs légers, rempliront cette indication. Au moment de l'accident, il faut déshabiller le patient, le placer dans une chambre bien aérée et pratiquer des frictions et des affusions froides sur toute la surface cutanée concurremment avec tous les autres stimulants internes. Il importe surtout de ne pas se décourager, car on a vu ainsi revenir à la vie des individus condamnés. (*Edinb. med. Journ.*, 1864.)

ARMÉE. *Rapport au Conseil de santé des armées* sur les résultats du service médico-chirurgical aux ambulances de Crimée et aux hôpitaux militaires français en Turquie pendant la guerre d'Orient en 1854-55 et 56, par M. le docteur Chenu.

Cet ouvrage, de près de 800 pages in-4° et plus de 100 tableaux et relevés statistiques, est un véritable travail de bénédictin avec l'indication exacte des sources. Quelques détails sur la mortalité suffisent à en faire juger la haute valeur. Sur 300,000 hommes que comptait notre armée de terre agissant à 800 lieues de la mère patrie, et supportant pendant deux ans les attaques d'un ennemi brave et opiniâtre, les influences d'un climat rigoureux, des fatigues inouïes, le choléra, le typhus, etc., on ne sera pas surpris qu'elle ait compté 95,000 morts; mais ce qui étonne et afflige, en parcourant ces statistiques, c'est que SOIXANTE-QUATORZE MILLE décès sont dus aux maladies internes.

Ainsi, pour l'armée française, il y a eu 8000 soldats tués sur le champ de bataille, 32,000 de blessés, dont 9000 sont morts des suites, ce qui donne un total de 17,000 tués par le fer ou par le feu; tandis que les maladies internes en ont fait succomber 60,000! Proportion effrayante, qui, malgré les causes spéciales qui sont venues l'augmenter ici comme le choléra, le typhus, doit éveiller plus d'une réflexion sur les effets de l'acclimatement sur des soldats jeunes, faibles souvent et transportés tout à coup loin de leur pays, exposés aux intempéries et aux privations de tout genre, à l'encombrement, à la contagion, etc., etc.

Dans l'énumération des causes multiples de cette effrayante mortalité, M. Chenu signale la faiblesse des jeunes soldats, et demande qu'à l'avenir, on diminue le poids qu'ils ont à porter en campagne et qu'on varie davantage leur alimentation. Il voudrait qu'on leur fournît, entre autres choses, des poissons salés. Les inconvénients du transport des blessés attirent aussi

son attention, et il montre combien, sous ce rapport, ont été favorisés les Anglais, qui ont pu garder, jusqu'à la cicatrisation des plaies, leurs blessés installés dans les baraques sur les hauteurs de Balaclava.

Sur la mortalité générale on compte 779 officiers de tous grades, soit 14 pour 100 de l'effectif total, et 82 officiers de santé militaires, dont 58 victimes du typhus.

Cette prédominance proportionnelle de décès des médecins de l'armée inspire à l'auteur des accents aussi justes et vrais qu'éloquents. Quelle est, dit-il, la situation du médecin militaire? Aux yeux du militaire, il a le tort de n'être pas combattant; cependant sa valeur réelle n'est bien comprise que sur le champ de bataille, à l'ambulance et aux hôpitaux, au milieu de la contagion. A l'heure du danger, on dit bien de lui : Le médecin qui succombe en accomplissant son saint devoir, mérite autant de l'armée, de son pays, de son souverain que le soldat qui meurt au combat. (*Moniteur de l'armée.*) Le danger passé, ces dispositions bienveillantes sont bientôt oubliées. Cependant, en quoi diffère-t-il du combattant? il marche avec son régiment ou son ambulance sur le champ de bataille; il n'est pas à l'abri de la mort ni des blessures, et dans ce cas la seule différence qui le distingue du combattant, c'est qu'il ne rend pas les coups qu'il reçoit, parce que ses fonctions spéciales l'obligent à s'occuper des blessés qui tombent autour de lui, mais il ne concourt pas moins au but général. A l'hôpital, la situation est encore plus menaçante : là, le danger devant lequel il est sans cesse en présence ne prête rien de brillant à son courage; c'est dans les luttes obscures que s'exerce son énergie. Il n'est soutenu, excité, enivré ni par l'ardeur du combat ou l'encens de la poudre, ni par le bruit entraînant du clairon. L'ennemi qui l'entoure est invisible, il ne peut s'en défendre; il le respire tous les jours et tous les jours davantage. Au milieu de son hôpital infecté, il doit braver la contagion pour remplir un devoir sacré et envisager la mort avec assez de calme pour conserver toute sa lucidité médicale; c'est un dangereux champ de bataille sur lequel il reste sans défense pour succomber aussi bravement qu'humblement au milieu de ceux qu'il cherche à sauver.

Et pourtant cette mortalité des médecins de l'armée est encore plus élevée, selon M. Champouillon (*Gaz. des hôpitaux*) dans la campagne du Mexique, où, à la date du 12 janvier 1864, le corps expéditionnaire français avait perdu 45 officiers sur

1100, soit 4 pour 100 ; et le corps de santé 10 médecins, dont un tué par l'ennemi, sur un effectif de 51, soit 20 pour 100 !

Neutralisation du service sanitaire. Par décret en date du 14 juillet, la convention conclue à cet effet à Genève (voy. *Dict. de* 1864, LÉGISLATION) a été promulguée en France. En voici les principaux articles :

Art. 1er. Les ambulances et les hôpitaux militaires seront reconnus neutres, et, comme tels, protégés et respectés par les belligérants, aussi longtemps qu'il s'y trouvera des malades ou des blessés.

La neutralité cesserait, si ces ambulances ou ces hôpitaux étaient gardés par une force militaire.

2. Le personnel des hôpitaux et des ambulances, comprenant l'intendance, les services de santé, d'administration, de transport des blessés, ainsi que les aumôniers, participera au bénéfice de la neutralité lorsqu'il fonctionnera, et tant qu'il restera des blessés à relever ou à secourir.

3. Les personnes désignées dans l'article précédent pourront, même après l'occupation par l'ennemi, continuer à remplir leurs fonctions dans l'hôpital ou l'ambulance qu'elles desservent, ou se retirer pour rejoindre le corps auquel elles appartiennent.

Dans ces circonstances, lorsque ces personnes cesseront leurs fonctions, elles seront remises aux avant-postes ennemis par les soins de l'armée occupante.

4. Le matériel des hôpitaux militaires demeurant soumis aux lois de la guerre, les personnes attachées à ces hôpitaux ne pourront, en se retirant, emporter que les objets qui sont leur propriété particulière.

Dans les mêmes circonstances, au contraire, l'ambulance conservera son matériel.

5. Les habitants du pays qui porteront secours aux blessés seront respectés et demeureront libres.

Les généraux des puissances belligérantes auront pour mission de prévenir les habitants de l'appel fait à leur humanité et de la neutralité qui en sera la conséquence.

Tout blessé recueilli et soigné dans une maison y servira de sauvegarde. L'habitant qui aura recueilli chez lui des blessés sera dispensé du logement des troupes, ainsi que d'une partie des contributions de guerre qui seraient imposées.

6. Les militaires blessés ou malades seront recueillis et soignés à quelque nation qu'ils appartiendront. Les commandants en chef auront la faculté de remettre immédiatement aux avant-postes ennemis les militaires blessés pendant le combat, lorsque les circonstances le permettront et du consentement des deux partis.

Seront renvoyés dans leur pays ceux qui, après guérison, seront reconnus incapables de servir.

Les autres pourront être également renvoyés, à la condition de ne pas reprendre les armes pendant la durée de la guerre.

Les évacuations, avec le personnel qui les dirige, seront couvertes par une neutralité absolue.

7. Un drapeau distinctif et uniforme sera adopté pour les hôpitaux, les ambulances et les évacuations. Il devra être, en toute circonstance, accompagné du drapeau national

Un brassard sera également admis pour le personnel neutralisé, mais la délivrance en sera laissée à l'autorité militaire.

Le drapeau et le brassard porteront croix rouge sur fond blanc.

8. Les détails d'exécution de la présente convention seront réglés par les commandants en chef des armées belligérantes, d'après les instructions de leurs gouvernements respectifs et conformément aux principes généraux énoncés dans cette convention.

Des secours volontaires en temps de guerre, par le docteur Feigneaux, 20 p. in-8°, Bruxelles. Ecrit avec autant d'esprit et de raison que de cœur, ce travail a fait l'objet d'une lecture au dernier congrès des sciences sociales d'Amsterdam. L'œuvre de la neutralisation est justifiée par les plus hautes considérations de science et d'humanité, et une revue historique montre comment la convention actuelle n'est que la réglementation, l'organisation légale de ce que la nécessité avait imposé en plusieurs circonstances pour le salut des malades et des blessés ; notamment, dans les dernières guerres acharnées de l'Autriche, en Hongrie et en Italie. La noble et mémorable initiative de miss Nightingale et de ses émules, dans la guerre de Crimée, fournit surtout la preuve péremptoire que ces mesures étaient dans les idées, les mœurs du jour, avant d'être réglementées ; précieuse garantie de leur durée et de leur exécution ! Aussi bien a-t-il suffi à M. Dunant

de les proposer pour les voir adopter aussitôt ; insigne honneur auquel son nom restera attaché, tandis que d'autres, moins heureux, avaient en vain agité la même question longtemps avant lui ; Vaidy, le professeur Palasciano (de Naples) et M. Arrault, fournisseur de l'armée française, avaient explicitement formulé les mêmes vœux sans être entendus.

Médecine militaire. Par un récent décret du Sultan, la direction de l'école militaire à Constantinople a été distraite des attributions de l'école de médecine et confiée à l'inspecteur général des hôpitaux militaires, aidé d'un conseil formé des médecins en chef des corps d'armée, des médecins principaux et des économes des hôpitaux militaires, du directeur de la pharmacie centrale, de trois inspecteurs et d'un contrôleur. Il est évident que des hommes spéciaux auront toujours plus de compétence pour traiter les questions relatives au service sanitaire de l'armée que des professeurs n'en ayant jamais étudié les besoins ni de près ni de loin.

ARSENIC. *De l'arsenic dans la pathologie du système nerveux*, son action dans l'état nerveux : la chlorose; les névralgies et les névroses particulières ; l'adynamie et l'ataxie liées aux maladies aiguës ; la cachexie des maladies chroniques. Étude sur la médication arsenicale, par le docteur Charles Isnard (de Marseille). 1 vol. in-8°.

Les sous-titres de cet ouvrage en montrent les divisions. Pour l'auteur, l'arsenic est le spécifique de l'état nerveux : il agit sur l'innervation tout entière, en modifiant avantageusement la nutrition, dont l'altération est liée à toutes les névroses comme effet ou comme cause. C'est ainsi qu'il agit dans la chlorose récidivée, rebelle et compliquée de névropathies anciennes. L'arsenic est aussi efficace dans cette forme que le fer dans l'autre ; de même dans les névralgies, les névroses, les cachexies. Une préparation particulière, un mode d'administration, variant selon les cas, et une foule de détails pratiques qui ne peuvent être synthétisés ici, recommandent la lecture de cet ouvrage.

De l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales, par le docteur Millet, professeur à l'école de médecine de Tours. Mémoire couronné par la Société de médecine du département du Nord. In-8° de 156 pages.

Résumé fidèle, exact, complet, raisonné, mais un peu compendieux, de cette question.

Le succès de ce livre a bientôt nécessité une deuxième édition, qui compte 275 pages. Une réédition d'un livre de province, c'est presque un événement; événement heureux, qu'il faut s'empresser de signaler. On ne saurait en faire un plus bel éloge, et cela dispense de toute analyse. Il suffit de dire que, revue par l'auteur, cette édition est beaucoup plus complète que la première. Des coupures, des suppressions, des transpositions faites au mémoire original, par les nécessités d'une publication restreinte, ont été rétablies dans leur extension primitive. Des expériences, des observations nouvelles y ont même été ajoutées, ce qui en fait un traité complet de thérapeutique arsenicale, avec historique et un chapitre consacré à l'action physiologique. Le mode d'administration, les doses, la tolérance et les dangers inhérents aux différentes préparations y sont aussi exposés. Le praticien y trouvera donc tout ce qu'il peut vouloir y chercher.

La nouvelle Société de climatologie algérienne s'est aussi occupée de cette question à un point de vue local. Considérant l'économie résultant pour la colonie de l'emploi généralisé des préparations arsenicales dans les fièvres intermittentes, et les bienfaits qui peuvent en résulter pour les malades, elle vient de provoquer une enquête parmi tous les médecins résidents pour connaître les résultats de leur pratique à cet égard. La question est importante, et si chacun y répond avec le zèle et l'exactitude voulus, la science pourra être bientôt définitivement fixée à ce sujet. Ce sera un document de nature à vivement intéresser tous les praticiens, à cause de l'engouement dont les préparations arsenicales sont aujourd'hui l'objet.

De l'emploi et de l'action de l'arsenic en médecine, par le docteur A. Wahu, médecin principal des hôpitaux militaires, etc., etc. Monographie in-12 de 120 pages.

C'est comme reconstituant que ce violent poison est considéré ici. Sa posologie expliquerait seule l'opinion contraire et les accidents qu'il détermine, car, à la dose ordinaire, médicinale, il devient en effet, pour beaucoup d'individus, hyposthénisant; c'est à dose excessivement minime, homœopathique presque, qu'il devient reconstituant. A plusieurs observations de ses bons effets, l'auteur ajoute les opinions pour et contre et les

discuto. C'est donc là un petit livre bon à consulter sur ce sujet; seulement, il y manque le dosage fixe, précis, auquel il convient d'employer ce puissant modificateur, pour en obtenir les effets qui lui sont attribués. C'est une lacune regrettable qui ôte à cet ouvrage son principal mérite.

ARTHRITE. *Liqueur de Villate.* Un jeune homme, avec lésions multiples du tissu osseux, fut admis dans les salles de M. Nélaton et devait y subir la résection du coude pour une arthrite fongueuse de cette jointure. De nombreuses fistules existaient dans ce point, et le stylet y constatait partout la dénudation des os. Chargé du service à cette époque, M. Houël, avant de recourir à une opération grave, employa les injections avec la liqueur de Villate, non-seulement dans les trajets fistuleux, mais dans l'intérieur même de l'articulation.

Or, cette médication réussit à merveille; sous son influence, les symptômes locaux s'amendèrent rapidement, et finalement, le malade a pu quitter l'hôpital en conservant son coude.

Dans ce cas, M. Houël employa un mélange qui diffère un peu de la composition originale. Voici cette formule, que M. Nélaton a définitivement adoptée, et dont il ne saurait trop recommander, dit-il, l'usage aux praticiens :

Acide acétique	100	grammes.
Sulfate de cuivre	10	—
— de zinc	10	—
Acétate de plomb.	5	—

Il se fait un précipité considérable, qu'il faut mélanger par agitation avec la partie liquide, avant de procéder à l'injection. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

ASCITE. *Paracentèse abdominale.* C'est à montrer les avantages de la ponction de la ligne blanche au-dessous de l'ombilic, comme on la pratique généralement en Angleterre, sur celle que l'on fait dans le flanc gauche en France, que s'applique M. Lécard. Il montre, par des exemples, les accidents locaux, tels que péritonite, hémorrhagie veineuse, extravasation du liquide péritonéal dans le tissu cellulaire, emphysème dont celle-ci peut être suivie, et, par un parallèle des deux régions anatomiques, la préférence à accorder à la première (*Mém. de méd et de chir. milit.*, mai). Si parfois il attribue à

l'opération ce qui paraît être inhérent à la gravité même du cas, il n'en faut pas moins reconnaître la justesse de sa thèse ainsi que des propositions dont il l'accompagne, à savoir : que, quand la ponction de la ligne blanche est contre-indiquée, on fasse la ponction latérale par un pli de la peau et que l'on ferme les plaies par une ligature, au lieu de la laisser béante, protégée par une plaque de diachylon, qu'un faux mouvement de l'opéré suffit à déplacer. Ces précautions ne sont pas à dédaigner. Les petits moyens sont souvent les meilleures conditions de succès des plus grandes opérations.

Une nouvelle guérison d'ascite symptomatique par l'injection iodée, dont Toulouse semble avoir le privilége, sinon le monopole, a été obtenue dans cette ville par M. Desclaux. Nouveau témoignage que la pratique, l'habitude d'une opération comme d'un médicament, peuvent seuls en révéler toutes les ressources curatives.

L'ascite était manifestement métastatique, et coïncidait avec une diathèse rhumatismale, condition favorable, suivant le docteur Desclaux, au succès de l'opération. Une autre question pratique est soulevée à cet égard : à savoir, si le péricarde subit seul la fatale loi de la coïncidence, et si les autres grandes séreuses n'en ressentent pas aussi l'influence? C'est une étude intéressante à faire, et à laquelle cette belle observation pourra servir de point de départ. (*Bull. de la Soc. de méd. de Toulouse*, p. 67.)

Ascite idiopathique. L'analogie d'origine entre l'hydropisie de la tunique vaginale et celle du péritoine a conduit M. Girault à traiter celle-ci par le même moyen qui lui avait réussi dans l'hydrocèle, et le succès a couronné sa tentative.

Il évacue d'abord le liquide intra-péritonéal ; il injecte ensuite 15 grammes d'éther sulfurique. La douleur est variable, nulle ou très-vive. Dans tous les cas, il y a une sorte d'anesthésie ou d'ivresse passagère.

Des trois cas que rapporte M. Girault, l'un d'eux remonte à 1845. Cinq ponctions, à de longs intervalles, avaient été pratiquées antérieurement. Vingt-neuf jours après l'évacuation du liquide et l'injection de l'éther, M. Girault fit une nouvelle ponction pour retirer le liquide qui s'était reformé. La guérison ne s'est plus démentie, et le malade, revenu à une santé définitive, put bientôt reprendre sa profession de marchand de moutons, qu'il continue encore. (*Abeille méd.*)

ASPHYXIE. Asphyxie par la vapeur de charbon. D'après l'observation de M. Leudet, les troubles périphériques du système nerveux qui en résultent peuvent affecter simultanément ou isolément les nerfs moteurs, sensitifs ou vaso-moteurs. Les symptômes locaux apparaissent immédiatement ou après quelques jours; ce sont ceux de la névrite : douleur, tumeur simulant un phlegmon et causant même un abcès dans un cas, rougeur et éruptions bulleuses et herpétiques sur le trajet des nerfs vaso-moteurs et que l'observation clinique et anatomique a rattachées à leur lésion. Ces derniers accidents récidivent de préférence, mais ils ont moins de durée que ceux des nerfs moteurs ou sensitifs, qui peuvent au contraire persister, progresser et s'étendre, au point d'amener une paralysie ascendante aiguë, comme il en rapporte un exemple. La chorée semble aussi en être résultée dans un cas. (*Archiv. de méd.*, mai.)

Asphyxie locale. Un nouveau cas de cette affection rare et peu connue, et dont la thèse de M. Raynaud offre une excellente monographie (*De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités*, Paris 1862), a été relaté par M. Mauthner au Collége des médecins de la Faculté de Vienne. Il s'agit d'une fille chlorotique dont le médium de la main droite fut pris subitement comme d'une engelure, gonflement, coloration bleue, refroidissement, anesthésie. Toutes les extrémités furent bientôt envahies et le mal dura dix semaines. Il disparaissait d'une manière intermittente. Le traitement tonique et ferrugineux parut seul y mettre fin. (*Wiener mediz. Woch.*, n° 22, et *Gaz. hebd.*, n° 26.)

Asphyxie par submersion. *Procédé Sylvester.* Sa simplicité et la possibilité d'être mis instantanément en pratique par la première personne venue constituent des avantages, surtout chez les noyés, pour lesquels tout autre secours n'arrive souvent que lorsqu'il n'en est plus temps, qui méritent d'en consigner les règles ici pour mieux les faire connaître et les vulgariser, quoique connues et expérimentées avec succès depuis plusieurs années en Angleterre. C'est l'imitation simple du mécanisme ordinaire, physiologique de la respiration. A cet effet, l'individu qui vient d'être retiré de l'eau est placé immédiatement sur le dos, les épaules un peu soulevées, les pieds fixés. Après s'être assuré que les voies respiratoires sont libres,

et au besoin nettoyé les narines, la bouche et attiré la langue au dehors, on saisit les mains et on élève les bras des deux côtés de la tête en les maintenant doucement mais fermement dans cette position pendant deux secondes, puis on les abaisse et on les presse de la même manière pendant le même temps sur les côtés de la poitrine, en répétant alternativement ces deux mouvements inverses sans intervalle et avec persévérance 15 fois par minute. Le premier élargit la capacité du thorax en soulevant les côtes et produit l'inspiration, et le second, en les abaissant, amène l'expiration. Tel est le point essentiel.

Des frictions sur le corps ramènent en même temps la circulation et la chaleur. Des linges secs, chauds même, si c'est possible, remplacent les vêtements mouillés, et l'on emploie simultanément tous les autres caléfacteurs et les excitants prescrits en pareil cas.

Procédé de Chilly. Placé en face du malade, supposé couché ou assis, l'opérateur, tenant les deux mains en suppination, plonge par son bord radial le doigt indicateur, suivi du médius, derrière les fausses côtes de chaque côté, en refoulant fortement la peau le plus haut possible, afin d'avoir plus de prise. Le point sur lequel celle-ci doit s'exercer correspond à l'union de la région épigastrique avec l'hypochondre, là où le thorax descend le plus bas. En opposition avec les doigts précités, les pouces sont appliqués sur la face externe des mêmes fausses côtes, qui sont alors puissamment saisies. La poitrine est ainsi traitée comme un soufflet dont les côtes représentent les ailes, et dès lors il suffit d'imprimer à ces ailes des mouvements alternatifs d'écartement et de rapprochement, mouvements qui, en raison de la courbure des côtes, deviennent aussi des mouvements d'élévation et d'abaissement, pour que ceux-ci se communiquent à la totalité des parois du thorax et aient pour résultat d'agrandir et de rétrécir tour à tour cette cavité. L'extrême embonpoint peut seul apporter quelques difficultés à l'exécution de cette manœuvre ; mais généralement elle est très-simple, et maintes fois elle a réussi.

Entre autres faits à l'appui, elle a été employée par le docteur de Chilly, de Vaucouleurs, dans un cas d'asphyxie par submersion, avec un succès inespéré. Il en a tiré aussi, il y a deux ans, un parti très-avantageux pour remédier à l'asphyxie chloroformique chez une femme assez grasse après l'amputation

d'une mamelle squirrheuse. L'opération terminée, la somnolence produite par le chloroforme persistait d'une manière inquiétante, malgré l'emploi des petits moyens usités en pareil cas; aussitôt ce procédé de respiration artificielle appliqué, la respiration physiologique se rétablit immédiatement. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, août.)

ASTHME. En étudiant l'asthme d'après ses causes et ses complications, M. Sée a formulé ainsi les règles qui doivent présider au traitement.

Asthme simple. 1° *Accès directs.* Pendant l'accès, fumigations de papier nitré simple; si l'accès se renouvelle avec intensité, le carton nitré doit être imprégné ou rempli de *datura stramonium;* le tabac seul ou mêlé avec la belladone réussit mieux chez certains malades; le lendemain de l'accès: — bromure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour.

Lors de l'imminence des accès suivants, s'il y a des prodromes, on doit tenter l'emploi du tartre stibié et commencer les fumigations.

Traitement dans l'intervalle des accès: arsenic à doses progressivement croissantes; café à haute dose prise dans la première partie du jour. Le sulfate de quinine trouve rarement son emploi.

Traitement dans l'intervalle des attaques: émigration vers une localité dont l'air soit calme, condensé et brumeux; eaux du mont Dore.

2° *Accès directs spécifiques.* — Eviter les émanations insalubres, les poussières d'ipéca, de foin, etc.

3° *Accès réflexes.*— Si l'action réflexe a son point de départ dans les fonctions digestives, on devra modifier l'heure des repas, diminuer la quantité des aliments, éviter les boissons alcooliques. Si l'impression part de la périphérie, on prescrira d'éviter le froid, et de préserver la peau à l'aide de vêtements de flanelle.

Asthme avec emphysème et oppression continue, exacerbante. Opium; arsenic; bromure de potassium.

Asthme catarrhal. Pendant et avant les accès: préparations antimoniées. — Entre les accès: eaux alcalines ou

sulfureuses ; térébenthine. — Entre les attaques : émigration vers les pays chauds, principalement le littoral de la Méditerranée.

Asthme dartreux. Arsenic et eaux du mont Dore ; sulfureux ; bains des Pyrénées ; eaux sulfureuses en boisson.

Asthme goutteux. Au moment des accès : surveiller l'état des articulations. — Entre les attaques : hydrothérapie, si l'asthme est simple et sans lésion bien marquée, soit du poumon, soit des bronches ou du cœur ; cure de petit-lait ; alcalins ou toniques, selon les forces du malade.

Asthme avec lésion consécutive du cœur. S'abstenir des narcotiques, des débilitants, des eaux minérales ; soutenir les forces du malade ; prescrire le repos absolu et l'habitation d'un climat chaud.

A propos d'un mémoire de M. Poirier (de Gand), envisageant cette maladie *dans ses rapports avec la diathèse dartreuse*, une discussion sur l'étiologie de cette affection s'est élevée à l'Académie de médecine de Belgique, dans laquelle M. Kuborn a surtout combattu la manière de voir de l'auteur, en montrant qu'elle est surtout de nature nerveuse. (*Bull. de l'Acad. de Belg.*, nº 2.)

Un cas de mort subite chez un jeune soldat de vingt et un ans, asthmatique et atteint d'emphysème, n'a pu s'expliquer, à l'autopsie, que par un spasme pulmonaire fermant à la fois l'accès et l'issue de l'air et déterminant ainsi l'asphyxie. Peu d'exemples aussi concluants de ce genre de mort sont connus ; c'est pourquoi celui-ci mérite d'être signalé. (*Recueil des mém. de méd. et chir. milit.*, mai.)

Iodure de potassium. Depuis qu'il a été vanté à haute dose, surtout en Angleterre, plusieurs médecins français en ont essayé l'emploi. M. Aubrée le donne à la dose de 3 grammes environ par jour, dans un élixir de sa composition, qui n'ajoute rien à la valeur du médicament. M. Trousseau, pour mieux en préciser l'action, l'a donné simplement sous la forme suivante :

℞	Iodure de potassium.	10 grammes.
	Eau distillée	200 —

Mêlez.

Une cuillerée à café chaque jour immédiatement après le dîner.

Dans un très-grand nombre de cas, rebelles à toute autre médication, des succès ont été obtenus ainsi ; mais ce médicament a aussi échoué dans d'autres, et a même notablement aggravé les accidents. (*Bull. de thér.*)

Inhalations de l'huile de schiste. Un asthmatique, réduit à ne pouvoir plus travailler, ayant été admis par charité dans une usine pour surveiller l'écoulement des huiles dans leur réservoir, vit sa maladie diminuer graduellement, et sa santé s'améliorer à un point que, depuis trois ans, il se considère comme guéri sous l'influence de ces émanations gazeuses. Le docteur Hérolle, d'Autun, en éprouva aussi du soulagement, en en faisant usage pour l'éclairage. Il recommande donc ce moyen. (*Journ. de méd. de Lyon*, septembre.)

ASYSTOLIE. Un bruit de souffle a été signalé par M. Parrot, comme en étant un symptôme habituel. (V. Cœur.)

ATAXIE LOCOMOTRICE. Ses rapports de simple coïncidence avec la paralysie générale des aliénés, qui a fait confondre ces deux affections distinctes par quelques auteurs, ont été bien élucidés par M. Carré (d'Avignon), et mis hors de doute par trois faits. Il en résulte que la paralysie vient ordinairement compliquer l'ataxie, ce que l'aliénation rend d'ailleurs évident (*Gaz. des hôp.*, n° 45). C'est donc là une simple complication, une association de deux maladies distinctes et qu'il ne faut pas confondre comme la dégénérescence grise des faisceaux postérieurs, qui s'affirme de plus en plus comme le caractère anatomo-pathologique de celle-ci, le démontre ordinairement à l'autopsie. Quand l'ataxie débute ou quand ces deux maladies se développent parallèlement, les symptômes s'obscurcissent réciproquement, et il est difficile de démêler ce qui appartient en propre à l'une ou à l'autre. Si l'ataxie est la première à se manifester, la paralysie survient lentement, jusqu'au moment où elle diminue, et semble régner seule. Elle paraît être ainsi la continuation, la seconde étape de l'ataxie progressive. Ce fait ne doit pas être perdu pour le pronostic.

Nouvelles recherches sur l'ataxie locomotrice progressive, par le docteur Marius Carré (d'Avignon), ancien interne des hôpi-

taux de Lyon, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris. Un vol. in-8°, avec figures.

Six observations d'ataxie locomotrice, par M. le docteur Paul Delmas, directeur de l'établissement hydrothérapique de Longchamps, à Bordeaux.

Ces six cas graves et tranchés, ayant été observés et traités par l'auteur avec plus ou moins de succès, par l'hydrothérapie, il en a publié la relation exacte dans le *Journ. de méd. de Bord.*, mars. Puis, analysant statistiquement ces faits sous tous les points de vue, il montre que rien n'est moins constant que certains symptômes, non plus que les médicaments dans leurs effets curatifs : ce qui ressort d'ailleurs des nombreuses observations déjà publiées et reproduites dans l'ouvrage de M. Topinard.

De l'ataxie locomotrice et en particulier de la maladie appelée *ataxie locomotrice progressive*, par le docteur Paul Topinard. Un vol. in-8°.

Cet ouvrage, a dit l'Académie impériale de médecine par l'organe de son rapporteur, en le couronnant en 1864, cet ouvrage est une véritable monographie; l'histoire de l'ataxie locomotrice s'y trouve exposée d'une manière complète, et l'Académie se plaît à reconnaître que, pour faire cette histoire, M. Paul Topinard a suivi une marche essentiellement scientifique; il a pris pour base des observations, au nombre de 252, dont 43 inédites, ce qui lui a permis d'arriver à des conclusions rigoureuses. Parmi ces conclusions, il en est une d'une haute importance pour les hommes de science, car elle définit parfaitement l'affection, et lui assigne sa véritable place dans l'ordre pathologique. Suivant l'auteur, l'ataxie locomotrice constitue un état pathologique distinct, sans être toutefois une entité morbide : c'est une *espèce* qu'il classe dans le groupe des affections comprises sous le nom de myélites chroniques. Sans approuver de tous points les idées de M. Topinard, l'Académie trouve que cet observateur a fait preuve d'un excellent esprit en soumettant toutes les parties de la question au creuset de l'observation, que son travail, pour le fond comme pour la forme, est une source excellente, etc.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE. Chez deux malades qui en étaient atteints, et dont l'un a succombé en

trois jours aux progrès d'une asphyxie lente, et l'autre à une gangrène pulmonaire, M. Jaccoud a trouvé, à l'autopsie, une atrophie des racines antérieures, évidente surtout à la région cervicale et, de plus, une altération considérable du grand sympathique. Les racines antérieures avaient subi l'atrophie simple, avec raréfaction des centres nerveux, disparition ou segmentation des cylindres-axes, et le dépôt de matière graisseuse à la face interne de la membrane d'enveloppe. Le grand sympathique avait subi la dégénérescence graisseuse complète, avec atrophie des tubes nerveux et la prolifération du tissu fibro-conjonctif. Les lésions étaient moins avancées dans le ganglion cervical supérieur, et les suivants présentaient un commencement de dégénérescence analogue, de même que dans les nerfs qui les réunissent.

Ces lésions multiples n'étaient pas contemporaines; celle du grand sympathique cervical paraissait initiale, celle des racines antérieures semblait consécutive. Ajoutés au fait de Schneevoogt, ceux-ci montrent qu'il faut aussi chercher le caractère de l'atrophie musculaire dans le grand sympathique, et non pas seulement dans les racines postérieures. On n'a pas trouvé d'altérations nerveuses, suivant M. Jaccoud, pour n'avoir ainsi examiné que la moelle, et l'on se convaincra de plus en plus, par des investigations plus complètes, que cette maladie a bien son siége primitif dans le système nerveux, comme le pensaient les premiers auteurs. (*Soc. méd. des hôp.*, 1864.)

Étiologie. Dans quelques *considérations* sur ce sujet, M. Cauvy cherche à faire ressortir l'influence pathogénique du rhumatisme et de la syphilis; mais sans que cette théorie soit basée sur des faits concluants. (*Montp. méd.*, juillet.)

ATTELLES PLATRÉES. Voy. Fractures.

AUSCULTATION. Bruits normaux. Une théorie nouvelle, reposant sur la prédominance des lois physiques sur les lésions anatomiques, est émise par M. Woillez sur l'étiologie de la production des bruits normaux et anormaux de la respiration au point de vue de l'auscultation. Fondée sur cette condition regardée comme indispensable de la béance parfaite des conduits aériens pour la production du bruit respiratoire normal, elle diffère ainsi de toutes les précédentes; béance favorisée par

l'extension naturelle, permanente, des poumons dans le thorax, d'où résulte une colonne d'air continue dans ces conduits par la pression atmosphérique. C'est par la réflexion de l'air dans l'inspiration à l'extrémité de l'arbre pulmonaire aérien, et en vertu des lois de l'*écho* et de la *résonnance*, que le bruit vésiculaire a lieu. L'absence de ces conditions toutes physiques dans les bronches explique le défaut de respiration bronchique, à l'état normal. Le bruit vésiculaire est exagéré, puéril, chez les enfants, parce que leurs poumons, moins élastiques, moins expansibles, — ce qui est démontré par leur moindre rétraction, — ne rendent pas le courant d'air aussi libre, aussi facile que chez l'adulte; il subit un frottement plus prononcé dans ces conduits étroits, moins lisses, qui donne à la respiration son caractère spécial. D'où cette proposition générale : *que le murmure vésiculaire normal se produit toutes les fois que la béance des vides aériens est intacte.*

La voix thoracique dépendrait elle-même principalement de la béance de l'orifice laryngé et de toute la cavité arborisée dans laquelle elle se produit à des degrés différents, suivant que cette béance favorise plus ou moins la transmission des vibrations à la masse aérienne et aux parois qui la limitent. Ainsi s'expliqueraient sa force ou sa faiblesse et ces grands faits physiologiques de la respiration.

Bruits anormaux. L'auteur est amené ainsi à combattre le théorème absolu de Laennec : une lésion étant donnée, en rechercher les signes; théorème encore poursuivi généralement et dont l'exagération ressort de ce fait journalier que des cavernes tuberculeuses existent sans donner lieu à aucun signe particulier et *vice versâ*, anomalies assez fréquentes pour que chaque praticien en ait rencontré des exemples. Rapportés aux changements physiques au contraire, à la béance variable des conduits aériens, les bruits anormaux s'expliquent parfaitement, soit qu'ils résultent de la diminution d'étendue du poumon dans la cavité thoracique comme dans le cas d'épanchement pleurétique ou péritonéal, de tumeur abdominale repoussant le diaphragme ou le médiastin, soit par l'augmentation hypertrophique de volume du poumon lui-même.

Dans l'épanchement pleurétique, par exemple, la respiration normale n'existait que 2 fois sur 30 dans la partie supérieure du poumon du côté de l'épanchement: faible ou nulle dans les

30 cas, au niveau de l'épanchement même, elle revêtait les signes classiques dans les autres parties. Du côté sain, elle était également altérée dans 21 cas par suite de la compression résultant du refoulement du médiastin ou de toute autre cause, et présentait les mêmes signes classiques à des degrés différents. Ces bruits anormaux se retrouvent dans l'ascite abdominale de même que dans l'hypertrophie pulmonaire sans lésions entraînant la béance des conduits aériens.

La similitude des bruits anormaux observés d'un côté et de l'autre de l'épanchement dans des rapports différents, semble confirmer cette théorie de la compression ou de l'imperméabilité plus ou moins complète des tubes aériens pour leur production. Ainsi la respiration puérile, observée principalement du côté sain, révèlerait une compression moins profonde du poumon que la faiblesse du bruit respiratoire, la respiration soufflante, la respiration granuleuse ou rude qui se constatent surtout du côté opposé où le refoulement du poumon est plus prononcé.

Dans ce cas comme chez les enfants, la *respiration puérile* s'explique bien mieux d'ailleurs par la diminution du calibre des conduits aériens et le relâchement de leurs parois, que par une circulation plus rapide de l'air, à la pénétration d'un plus grand nombre de cellules, comme on l'admet.

L'*expiration prolongée* résulte de ce que les parois étant relâchées, reviennent difficilement sur elles-mêmes pendant l'expiration, et de ce que l'air ne traverse plus des conduits régulièrement tendus et béants.

La *respiration granuleuse* provient des inégalités rencontrées par l'air dans son passage et résultant du rapprochement inégal des parois des conduits aériens.

La *respiration faible* provient d'une moindre quantité d'air dans les culs-de-sac terminaux par suite de l'insuffisance prononcée de la béance des vides aériens.

La *respiration sibilante* ou *ronflante* est produite par le passage de l'air au niveau d'un rapprochement partiel des parois des conduits.

La *respiration soufflante* est due à l'abolition complète de la béance dans les subdivisions ultimes des vides aériens, d'où résulte leur imperméabilité. Ne pouvant franchir les bronches, l'air s'y réfléchit et donne lieu à cette respiration particulière dite bronchique.

La *respiration amphorique* qui s'entend parfois indique la com-

pression complète du poumon, son imperméabilité entière. L'air n'arrive plus que dans une ou plusieurs ramifications bronchiques, où sa réflexion acquiert un retentissement d'autant plus fort. Il est même probable qu'un rétrécissement relatif existe à l'origine de la bronche perméable, et en fait ainsi une cavité résonnante à orifice rétréci.

Que des lésions pulmonaires produisent ces bruits anormaux, c'est un fait reconnu ; mais il n'est pas moins incontestable qu'ils ont lieu sans cela et indépendamment de toute altération propre du poumon. C'est donc par l'imperméabilité graduée des conduits aériens qu'il faudrait les expliquer dans l'un et l'autre cas ; le mécanisme à l'état physiologique pour ainsi dire en révèlerait le mécanisme pathologique et en simplifierait la signification.

A l'appui de cette théorie et pour la justifier, suivent huit observations de phthisie et de pneumonie dans lesquelles, au lieu des signes caractéristiques, l'auscultation révélait d'autres bruits anormaux ; anomalies expliquées par l'autopsie et l'état local, au point de vue du défaut de béance des conduits aériens. Il résulte surtout dans ces cas de l'augmentation du volume des poumons. Sous ce rapport, ces faits ne laissent rien à désirer. (*Arch. de méd.*, juillet, août et octobre.)

Voilà donc une interprétation nouvelle et toute physique des phénomènes physiologiques et pathologiques de la respiration qui mérite une sérieuse attention, et sur laquelle les physiciens pourront exercer leur sagacité.

Pectoriloquie aphonétique. En cessant d'être, par les progrès de l'auscultation, le signe univoque des cavernes pulmonaires, comme du temps de Laennec, la pectoriloquie a perdu de son importance diagnostique. Seule, elle ne suffit plus à caractériser un état pathologique défini ; il faut rechercher, par les signes concomitants, si elle est due à une dilatation bronchique, à une induration ou une compression pulmonaire autour d'une bronche dans laquelle ce phénomène a lieu par le résonnement de la voix.

D'après le mécanisme qui la produit dans ce cas, le professeur Baccelli, de Rome, a été conduit à découvrir un signe distinctif spécial de la pectoriloquie caverneuse et à restituer à ce symptôme la valeur pathognomonique que lui avait assignée l'auteur de l'auscultation en la distinguant de celle qui a lieu dans les bronches. Faites parler à voix basse le malade chez lequel la

pectoriloquie se produit, et en appliquant l'oreille ou le stéthoscope sur le point où elle est perçue, vous entendrez très-distinctement les syllabes prononcées s'il y a caverne; dans le cas contraire, vous n'entendrez rien. C'est la *pectoriloquie aphonétique* observée sur plusieurs malades de la clinique médicale et dont les cavernes ont été vérifiées par l'autopsie.

La valeur de ce moyen de diagnostic différentiel a surtout été confirmée par le docteur Lattanzi chez un malade de la salle du *Saint-Esprit*, Guglielmo Lastrucci. Dans ce cas, on était dans le doute d'une caverne pulmonaire au sommet et en arrière du poumon droit ou d'une broncho-ectasie. L'audition des syllabes, *la sillabazione* ayant été nettement transmise, on conclut à une caverne que l'autopsie confirma. (*Giornale med. di Roma*, p. 179.)

Il y a sans doute quelque analogie entre cette découverte du professeur romain et la *pectoriloquie avec aphonie* signalée, sinon décrite par Laennec ; la *voix mystérieuse* de M. Fournet, la *voix caverneuse éteinte* de M. Roger, le *chuchotement* de Skoda et surtout la *voix soufflée*, décrite l'année dernière par M. Woillez. Mais en en faisant un signe différentiel d'états très-divers, M. Baccelli en a surtout marqué, précisé l'application, et sous ce rapport, c'est un nouveau progrès pour l'auscultation et un moyen précieux de diagnostic différentiel, si l'interprétation qu'il lui donne est exacte ; car nous ne l'avons pas vérifié.

Auscultation de l'œsophage. Voy. Œsophage.

AVORTEMENT. Une de ses causes les plus fréquentes, selon le docteur Hüter, serait la flexion de l'utérus en avant ou en arrière, dont il rapporte plusieurs exemples en détail, *in Monatsschr. f. Geb.* Dans un cas, un premier et second avortement s'effectuent à la dixième semaine, un troisième à la septième, un quatrième à la dixième, sans aucune cause appréciable. L'examen révèle une antéversion de l'utérus dans l'état de vacuité de même qu'à la cinquième semaine lors de la grossesse suivante. Un traitement mécanique et le séjour au lit

durant le deuxième et le troisième mois amènent une gestation normale et un heureux accouchement.

Une autre fois, après un avortement sans cause connue, l'utérus est trouvé antéversé de même qu'à la septième semaine dans la grossesse suivante. Le traitement est également couronné de succès. Après deux avortements successifs dans un troisième cas, l'utérus fut aussi trouvé fléchi en avant. D'où l'indication de tenir compte de ce déplacement dans l'étiologie de l'avortement. Que le danger résulte de la flexion elle-même par la gêne qu'elle apporte à la circulation, ou de l'hypérémie qu'elle provoque dans le tissu utérin, ajoutée à celle qui est le fait même de la grossesse, il n'est pas moins urgent d'y remédier par une ceinture ou la position jusqu'au troisième mois, où l'utérus s'élève au détroit supérieur et se trouve ainsi soutenu.

Avortement provoqué. M. Devilliers l'a exécuté avec succès, à cinq mois, chez une naine qui ne mesurait que 1 mètre 2 centimètres de hauteur, avec tous les caractères du rachitisme le plus prononcé. La colonne vertébrale offrait deux courbures en sens opposé : l'une supérieure, à concavité antérieure et gauche ; l'autre inférieure, à concavité postérieure et droite ; les extrémités pelviennes, fémurs et tibias, étaient incurvées aussi en deux sens opposés, de manière à représenter exactement la forme de la lettre X. Mais ce que la fille Louise M... présentait surtout de remarquable, c'était la conformation du bassin, lequel paraissait extérieurement petit, même relativement à la petite taille de la femme. Les pubis n'offrent qu'une saillie modérée ; les hanches sont très-peu saillantes, la droite surtout, qui est complétement effacée et déprimée dans toute sa moitié postérieure ; l'examen interne fait constater l'existence d'un rétrécissement considérable du détroit supérieur et d'une partie de l'excavation ; rétrécissement plus prononcé dans le sens du diamètre bisiliaque, par suite d'une saillie osseuse que l'on rencontre sur la paroi latérale gauche du bassin, et qu'un examen attentif permet de reconnaître pour être l'angle sacro-vertébral et la partie supérieure du sacrum. Ici, en effet, les dernières vertèbres lombaires et les premières pièces du sacrum ont subi une torsion de gauche à droite sur leur axe et en même temps une forte incurvation en avant. Cette déformation singulière donne à l'ensemble du détroit supérieur et d'une partie de l'excavation la forme d'un croissant dont le milieu de l'arc ren-

trant, correspondant au milieu de l'angle sacro-vertébral, regarderait la cavité cotyloïde droite, tandis que la pointe droite du croissant atteindrait la ligne médiane en arrière, la pointe gauche restant sur un plan plus antérieur à gauche de la femme. On dirait, enfin, que, si l'on suppose les os du bassin ramollis et les deux os pubis et l'os iliaque gauche maintenus dans leur situation normale, une pression a été exercée, d'une part, sur l'os et surtout sur la crête iliaque droits, en même temps qu'une torsion de gauche à droite et d'arrière en avant a été imprimée aux parties inférieures de la colonne lombaire et supérieure de l'os sacrum. Il est résulté de cette viciation du bassin un rétrécissement considérable, qui a porté à 43 millimètres le diamètre s'étendant du milieu de la saillie sacro-vertébrale à un point correspondant à l'éminence iléo-pectinée du côté droit, les autres diamètres pris de cette saillie aux différents points du détroit supérieur n'offrant que de 40 à 35 et 25 millimètres d'étendue. Ces mesures internes ont été prises avec le doigt et avec l'intro-pelvimètre bilatéral, que M. Devilliers a présenté, il y a plusieurs années, à l'Académie. Quant au détroit inférieur du bassin de la fille L. M..., il ne présente pas de rétrécissement à noter ; mais les mesures des diamètres, prises à l'extérieur, indiquent une diminution considérable dans tous les sens lorsqu'on les compare à celles des bassins normaux.

Dans ces conditions, le parti à prendre ne pouvait être douteux ; l'avortement provoqué était la seule ressource préférable de beaucoup à l'opération césarienne. Pour le provoquer, M. Devilliers eut recours à la dilatation au moyen d'un appareil qu'il construisit extemporanément à l'aide d'une petite vessie en caoutchouc attachée à l'extrémité d'une sonde en gomme, et qui fut dilatée graduellement avec de l'eau tiède et à un degré déterminé par l'échelle marquée sur la tige de la seringue à injection ordinaire. Les premières douleurs régulières se manifestèrent dix-huit heures après la première application du dilatateur, qui avait été porté à 6 centimètres de diamètre. Le travail marcha régulièrement, et, le lendemain, on put saisir l'extrémité pelvienne du fœtus qui se présentait, et procéder à son extraction. Mais lorsque la tête dut s'engager entre les bords du détroit supérieur, les tissus du col et les ligaments vertébraux se déchirèrent, malgré les précautions prises, et la tête resta dans l'utérus.

Profitant alors de la présence du cou, dont les vertèbres se

sentaient au détroit supérieur, M. Devilliers introduisit à travers le canal vertébral un fil de fer recourbé, et s'en servit pour broyer la matière cérébrale ; puis il attendit, pendant six heures, le résultat que pourraient amener les contractions utérines. Celles-ci, malheureusement, s'affaiblirent, cessèrent, et il fallut chercher à extraire la tête ; mais le degré du rétrécissement du bassin ne permettait que d'introduire un ou deux doigts sur leur plat, ou d'employer des pinces à dents et à érignes, moyens qui n'aboutirent qu'à obtenir la disjonction des arcs vertébraux. C'est alors que, comptant sur l'évacuation de la matière cérébrale et sur le degré peu avancé d'ossification des os du crâne, M. Devilliers eut l'idée de passer derrière la femme, d'appliquer la paume des deux mains sur le fond de l'utérus à travers les parois abdominales, et d'exercer une pression graduée, mais assez vive, sur la tête du fœtus, qui fut écrasée contre les parois du détroit supérieur, se moula sur elles, s'y engagea et fut chassée au dehors avec le placenta. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier à noter, et la femme se rétablit. (*Acad. de méd.*, octobre.)

La forme du rétrécissement, l'instrument imaginé pour provoquer les contractions utérines autant que les deux procédés auxquels l'habile accoucheur a eu recours pour broyer la matière cérébrale à travers le canal vertébral et écraser la tête fœtale contre les bords du détroit supérieur par la pression sur elle exercée à l'aide des deux mains à travers les parois abdominale et utérine, sans aucun accident pour la femme, tout est remarquable dans ce fait de haute pratique. Il contient ainsi de précieux renseignements pour les praticiens laissés à leurs propres ressources souvent très-limitées, mais aussi, dans des cas moins embarrassants, pour s'ingénier dans la fabrication et l'emploi de moyens simples qui assurent souvent mieux le succès que de très-compliqués. Le tout est de bien s'en servir.

B

BAINS. Bains de vapeur térébenthinés. V. PHTHISIE.

BEC-DE-LIÈVRE. Un procédé, qu'il n'ose pas dire nouveau, est proposé par M. Giraldès sous le nom de procédé en

forme de *mortaise*. Il consiste essentiellement en deux lambeaux taillés séparément de chaque côté de la solution de continuité, l'un de haut en bas, à pédicule inférieur tenant au bord libre de la lèvre, l'autre de bas en haut, à pédicule supérieur situé sur le bord adhérent de la lèvre. De ces lambeaux, le premier est abaissé et constitue un lambeau inférieur, l'autre est relevé et forme un lambeau supérieur. Tous les deux sont renversés de manière à s'affronter par leurs surfaces saignantes, tandis que, par leurs surfaces sèches, celles qui constituaient avant l'opération les bords de la fente, le lambeau inférieur contribue à former le bord libre de la lèvre, et le lambeau supérieur à reconstituer la sous-cloison du nez. Ces lambeaux, ainsi disposés, s'engrènent, en quelque sorte, réciproquement, et se maintiennent l'un par l'autre, se renforcent, s'opposent mutuellement aux effets de leur rétractilité, comme ces griffes dont on se sert dans les fortifications pour renforcer les ouvrages et leur donner plus de solidité et de résistance. — Ces lambeaux sont réunis par des fils métalliques, que l'auteur préfère à la suture entortillée, qui favorise l'étranglement des tissus, en amène la section, provoque l'ulcération et la mortification des lambeaux, ou bien empêche leur réunion par les tractions incessantes dont elle est la cause.

Les fils métalliques, au contraire, quand ils sont convenablement serrés, ni trop ni trop peu, ne coupent jamais les tissus, quelle que soit la durée de leur application ; au lieu de les enlever dès le troisième ou le quatrième jour, comme on est obligé de faire des épingles, on peut sans inconvénient les laisser en place pendant huit, dix et quinze jours, pendant tout le temps nécessaire à la réunion et à la formation d'une cicatrice solide et complète. On évite l'ulcération et la mortification des lambeaux, quelque petits qu'on les ait taillés.

Tout en accordant une certaine supériorité aux sutures métalliques sur la suture entortillée, M. Demarquay ne croit pas qu'elles aient tant d'importance ; la condition *sine qua non* du succès est le relâchement des tissus qui en prévient l'étranglement et la gangrène. (*Soc. de chirurgie*, août. *Union méd.*, n° 138.)

BÉGAYEMENT. Une dame de vingt-cinq ans était atteinte, depuis trois ou quatre ans seulement, d'un bégayement d'une gravité exceptionnelle, contre lequel aucun traitement rationnel

n'avait été employé. M. Saeman (de Kœnigsberg) injecta, par erreur, 2 milligrammes et demi de nitrate de strychnine, croyant se servir de morphine. Le bégayement en fut exaspéré, le lendemain, d'une manière déplorable. Une véritable injection de morphine, avec un tiers de grain d'acétate, immédiatement pratiquée, fut suivie d'un sommeil de huit heures, après quoi la parole devint plus facile. Ces injections, avec un sixième de grain, furent répétées tous les deux jours, pendant une quinzaine, et l'amendement progressa et se maintint. (*Deutsche Klinik*, 1864).

Cette observation manque de détails : il semble évident qu'il s'agissait ici d'une affection convulsive, spasmodique, et, ce qui le prouve, c'est qu'après les bons effets des injections hypodermiques, le bégayement reparut momentanément et à plusieurs reprises. Il n'y a donc là rien de merveilleux. Ce fait reste une preuve démonstrative que, dans le bégayement, comme dans toutes les maladies, il faut savoir distinguer les cas pour se servir avec profit des médicaments; autrement, ils ne sont utiles qu'au hasard.

BLENNORRHAGIE. En expérimentant, dans 16 cas, l'essence de santal jaune, vantée dans l'Inde contre la blennorrhagie, M. Panas a trouvé qu'elle modifie promptement les phénomènes inflammatoires, la douleur a cessé au bout de deux ou trois jours, après vingt-quatre ou quarante-huit heures : de muco-purulent, épais et jaunâtre, l'écoulement était séreux et transparent. Mais l'action s'arrêta là, et il a fallu attendre quinze jours, trois semaines et plus, pour obtenir la guérison définitive.

Employée en capsules de 8 gouttes chacune, et dont la dose est de 10 par jour et plus sans inconvénient, cette essence ne produit ni colique, ni diarrhée et ne fatigue pas l'estomac; avantage immense sur le copahu. (*Soc. de chir.*, septembre.)

Deux nouveaux spécifiques sont aussi préconisés par M. Henderson pour remplacer le poivre-cubèbe et le copahu contre l'écoulement blennorrhagique : l'un est l'essence de santal jaune, extraite du *Sirium myrtifolium*, dont on donne 25 à 40 gouttes, trois fois par jour, dissoute dans l'alcool rectifié, et aromatisée avec l'essence de cannelle. Un grand soulagement en résulte après quarante-huit heures, sans effet vomitif ni goût désagréable. La forme émulsive ne serait-elle pas préférable?

L'autre est l'huile de bois, retirée du *Dipterocarpus turbinatus*, qui croît dans l'Inde et en produit des quantités considérables : elle a réussi où le copahu avait échoué après une semaine d'usage. La dose est d'une cuillerée à café, trois fois par jour. En raison de son bas prix, cette huile a été introduite en Angleterre, pour être mélangée au copahu, dont elle a le goût et les effets sur l'urine et les intestins. (*Med. Tim.*, juin.)

Copahu. Associé au goudron, l'odeur et la saveur en sont enlevées, d'après M. Beyran, sans en diminuer en rien les propriétés. On peut ainsi l'employer en opiat, dont on prend 2 à 3 cuillerées à café par jour, d'après la formule suivante :

℈ Copahu	} ãã 30 grammes.
Goudron.	}
Magnésie	q. s.

Expérimenté dans les écoulements chroniques, les catarrhes de vessie, ce mélange produit des effets diurétiques très-marqués, ce qui n'est pas un mince avantage, dit M. Beyran, quand on pense que ce médicament n'agit réellement comme anticatarrhal sur les muqueuses des voies urinaires, qu'en les traversant directement par l'urine saturée des principes du copahu.

BLÉPHAROPLASTIE. Au lieu de prendre son lambeau à la joue, comme on le fait ordinairement, M. Richet, dans un cas de destruction cancéreuse de la paupière inférieure gauche, tailla ce lambeau au front immédiatement au-dessus du sourcil, de manière que le pédicule placé à la tempe fût plus élevé que la commissure externe de la paupière; si bien que, après la greffe du lambeau, celui-ci fut tiré en haut et en dehors par son pédicule. Les écueils de la méthode ordinaire, l'ectropion et l'épiphora, ont été ainsi évités du coup. Le résultat a été des plus satisfaisants et, après sept ans, aucune récidive cancéreuse ne s'était manifestée *in situ*, ce qui vient à l'appui de la proposition émise par M. Martinet (de la Creuse) que l'anaplastie préserve de la repullulation du cancer sur place. (*Soc. de chir.*, juillet.)

BROMURE DE POTASSIUM. On est encore loin de savoir le degré de valeur, l'action intime de ce nouveau médica-

ment. Cette année, il a principalement été dirigé contre l'épilepsie, et les résultats contradictoires, obtenus par des observateurs également autorisés, ne font que mettre davantage en doute sa puissance sédative. Voy. ÉPILEPSIE.

M. Bazin l'a donné avec succès, à haute dose, dans un cas étiqueté : *Méningite tuberculeuse.* Voy. ce mot.

Chez un petit enfant de sept mois, atteint d'attaques épileptiformes, par suite de vives émotions morales de sa mère pendant l'allaitement, M. Grout employa avec succès ce nouveau sel. L'enfant ne pouvait soutenir sa tête ; les différentes parties du corps entraient en convulsions réciproquement. Après avoir employé un vésicatoire, une sangsue et le cyanure de potassium en pommade, simultanément avec une potion au bromure, il survint de l'amélioration ; mais, ayant supprimé cette dernière, les accès revinrent et ne disparurent qu'en en continuant l'usage. Elle contenait 2 grammes de bromure de potassium sur 125 grammes d'eau, dont 10 cuillerées à café, prises par jour, représentaient 67 centigrammes du sel (*Union méd. de la Seine-Inf.*, octobre). C'est le premier fait de l'administration de ce médicament chez un si jeune enfant, et son effet sédatif n'en est ainsi que plus évident.

Par son action sur la moelle épinière, qui se vérifie tous les jours de plus en plus, l'auteur attire même l'attention sur l'effet que pourait produire ce névrosthénique contre les secousses et les contractions tétaniques dans l'empoisonnement par la strychnine. (*Idem.*)

BRONCHITE. Contre la *forme chronique* chez les sujets affaiblis et les vieillards, le docteur de Smet unit à parties égales le quinquina au soufre, pour en atténuer les effets purgatifs, surtout quand il y a prédisposition à la diarrhée, selon la formule suivante :

Poudre impalpable de quinquina.	} āā 10 grammes.
Fleur de soufre	
Sirop d'althæa.	q. s.

M.

Pour faire un électuaire dont on donne 3 à 4 cuillerées à café par jour.

Dans 6 cas dont les détails trop sommaires ont été exposés devant la Société de médecine de Gand, ce mélange a fait disparaître en peu de jours des symptômes douloureux et alar-

mants. Mais, par l'absence des signes physiques, ces faits manquent de critérium. A chaque praticien d'en faire une application judicieuse, et d'en étudier plus sévèrement les effets à l'avenir.

BRULURES. A tous les topiques proposés et employés contre les brûlures, le docteur Gouyon ajoute le talc ou silicate de magnésie et d'alumine, substance propre et douce, infermentescible, inoffensive et ne coûtant pas plus de 40 centimes le kilogramme. Appliquée sur la jambe d'une petite fille de quatre ans brûlée avec de l'eau bouillante, elle a calmé immédiatement la douleur, a détergé rapidement la plaie en en absorbant la sécrétion séro-purulente et provoqué le développement des bourgeons charnus. (*Acad. des sc.*)

Brûlure par inspiration de la vapeur. Trois jeunes et vigoureux ouvriers, qui travaillaient près de la chaudière, dans une scierie mécanique, ayant été exposés tout à coup à un jet énorme de vapeur brûlante qui remplit instantanément la pièce, et qu'ils respirèrent, en ont éprouvé des brûlures mortelles de toute la membrane muqueuse des voies respiratoires, depuis l'ouverture des fosses nasales jusqu'aux culs-de-sac des vésicules bronchiques qui ont amené en quelques heures la mort par asphyxie.

Cette asphyxie rapide observée par M. Broca s'explique par les lésions trouvées à l'autopsie. Splénisation générale des poumons qui, plongés dans l'eau, surnageaient. La membrane muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches, jusqu'aux vésicules pulmonaires, était d'une couleur violacée, noirâtre, presque charbonneuse.

Ce genre de brûlure a déjà été signalé dans plusieurs cas d'explosion de chaudières à vapeur sur les navires de l'État. Il suffit de le connaître pour s'en préserver en retenant sa respiration pendant le temps nécessaire pour ouvrir une fenêtre ou enfoncer une porte, afin d'empêcher la pénétration de la vapeur brûlante dans les voies respiratoires ; c'est ainsi que le mécanicien, cause involontaire de cet accident, en a été quitte pour quelques brûlures sur la surface du corps en ouvrant précipitamment une fenêtre près de laquelle il se trouvait et en respirant l'air extérieur, à défaut d'une issue pour s'échapper. Les médecins de marine conseillent de se coucher à plat ventre et

de respirer à travers un tissu quelconque qu'on peut avoir à sa portée. (*Soc. de chirurgie*, août et septembre.)

BUBON. De l'examen de 278 cas, le professeur Petters conclut : 1° qu'il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes ; 2° qu'il suit le plus souvent le chancre du prépuce et du frein chez l'homme et celui du col de l'urèthre et de la commissure chez la femme ; 3° que ce siége d'élection s'explique par l'abondance des vaisseaux lymphatiques ; 4° qu'il est plus fréquent à droite qu'à gauche, sans correspondre avec le siége du chancre ; 5° que simple, il peut être sympathique de la gonorrhée ; 6° que les bubons indolents existent souvent des deux côtés comme conséquence d'une maladie syphilitique des ganglions ; 7° qu'ils ne revêtent pas, dans ce cas, les signes de la virulence ; 8° que les bubons doubles suivent généralement le chancre du frein chez l'homme et celui de la commissure chez la femme ; 9° que le caractère sympathique ou virulent ne peut être connu positivement que par l'inoculation ; 10° que celui-ci succède ordinairement à celui-là ; 11° que le virus semble acquérir un certain degré de concentration dans les ganglions, les chancres provenant de l'inoculation d'un bubon étant plus rebelles que ceux provenant du chancre lui-même ; 12° que toute espèce de chancre peut apparaître longtemps après la guérison du bubon ; 13° règle générale, la durée du bubon virulent est plus longue que celle du sympathique et plus courte que celle de l'indolent ; 14° ce dernier produit ordinairement les plus profondes excavations ; 15° l'engorgement syphilitique des ganglions n'est pas entravé par un traitement mercuriel ; 16° le pronostic exact du bubon est rarement possible ; 17° le traitement doit en être symptomatique et pas trop actif ; 18° il doit être le même pour toutes les espèces avant l'ouverture ; 19° l'incision avec le bistouri, ou plutôt la ponction, est le meilleur moyen d'y procéder ; 20° après l'ouverture, le traitement doit être le même pour le bubon sympathique et indolent ; celui du bubon virulent est subordonné à l'apparence du chancre ; 21° le décollement de la peau doit être excisé avec les ciseaux de préférence aux caustiques. (*Prag. Vierteljahrschr.*, II.)

C

CALCULS. Calcul bronchique. A l'occasion d'un calcul gros comme une petite noisette, expulsé au milieu d'une hémoptysie par un clerc d'huissier de trente ans et présenté à la *Soc. méd. des hôpit.*, janvier, par M. Guibout, une discussion intéressante s'est élevée sur l'origine et le siége de ces calculs. Selon M. Guibout, celui-ci proviendrait des bronches. Le malade, quoique toussant fréquemment et ayant rendu des vomiques à plusieurs reprises, n'est pas tuberculeux. L'auscultation n'a jamais rien décelé à cet égard. Il se plaignait de douleurs vives vers le sein droit, qui faisaient penser à un kyste ou à un abcès profond du médiastin. Depuis l'expulsion de ce calcul, cette douleur et la toux ont cessé. M. Moutard-Martin conteste un pareil siége, dont il n'y a pas d'exemple; M. Barth, qui a vu un assez grand nombre de calculs des voies respiratoires, a reconnu, en effet, qu'ils avaient toujours pour origine, soit un corps étranger leur servant de noyau, soit un ganglion bronchique dégénéré et ossifié, ce qui est, dans beaucoup de cas, le plus fréquent. Ils sont arrondis par le ballottage lorsqu'ils se forment dans une cavité libre; anfractueux, au contraire, lorsqu'ils siégent dans le parenchyme. Chez une dame âgée, qui présentait depuis longtemps des symptômes de bronchite chronique, avec amaigrissement progressif, ces accidents se dissipèrent après l'expulsion successive de deux petits calculs.

Suivant M. Gubler, il s'en forme de toutes pièces chez les personnes exposées à respirer des poussières minérales. Il en a trouvé un au centre du poumon d'un mouleur en cuivre. Enfin, ils peuvent se former aux dépens des mucus toujours alcalins, lorsque les liquides de l'économie contiennent des sels précipitables, comme des phosphates M. Barth n'en a pourtant jamais rencontré dans la dilatation bronchique; ce n'était qu'un enduit semblable à du mastic.

M. Vidal en a rencontré un, à l'autopsie, dans une dilatation bronchique, à cheval sur la bifurcation des canaux, et dont le siége était manifesté par les lésions des parties circonvoisines. Il l'a présenté à la Société anatomique en 1852 ou 1853.

Mais c'est le seul cas bien authentique de calcul bronchique résultant de cette discussion savante et courtoise. Aussi

M. Barth préférerait la dénomination de calcul des voies respiratoires.

M. Besnier montre, au contraire, qu'il en existe plusieurs autres dans les auteurs; Morgagni et Andral entre autres. Comme M. Gubler, ils peuvent, dit-il, se former de toutes pièces au sein de liquides altérés, soit dans les bronches (broncholithes), soit au sein du parenchyme pulmonaire, creusé de cavités tuberculeuses ou non (pneumolithes).

Si les concrétions sont le plus souvent latentes, c'est alors surtout qu'elles restent enkystées ou enchatonnées dans le parenchyme pulmonaire; mais elles peuvent donner lieu à des accidents simulant la bronchite chronique ou la phthisie, alors qu'elles sont entraînées vers les bronches par un travail d'élimination spontanée, après lequel la guérison peut survenir.

Ces calculs peuvent être une cause d'hémoptysie quelquefois foudroyante, et il y a lieu d'en tenir compte, parmi les conditions pathogéniques de l'hémoptysie en général.

Calculs biliaires. Dans ces cas difficiles, M. Bergeret (d'Arbois) a recours à un traitement basé à la fois sur la physiologie et la physique. A l'aide des saignées et du narcotisme, il cherche à relâcher les parois du canal excréteur contenant le calcul et, par un éméto-cathartique, il cherche ensuite à imprimer des secousses expulsives tendant à en provoquer l'évacuation. Deux succès sont rapportés à l'appui de cette méthode.

Chez un cultivateur de quarante ans, dont les coliques hépatiques étaient si atroces qu'il invoquait la mort à grands cris, M. Bergeret trouva la vésicule biliaire très-gonflée et formant au-dessous des fausses côtes une tumeur arrondie, rénitente, très-douloureuse à la pression, ce qui lui fit penser qu'un calcul était engagé et serré dans le canal cholédoque. Il pratiqua une saignée portée jusqu'à la défaillance. Le malade étant revenu à lui, on lui donna du laudanum à haute dose pour maintenir à un certain degré le relâchement du système nerveux; puis on administra un éméto-cathartique.

Dans la journée, le malade rendit par les selles plusieurs calculs taillés à facettes et d'un volume variant depuis un pois jusqu'à un gros haricot. Le soulagement fut complet, et, depuis lors, les crises ne se sont pas reproduites.

Une demoiselle de cinquante ans, sujette à des coliques hépatiques, avait été traitée vainement par les sangsues et

l'opium, à doses insuffisantes pour produire le narcotisme. Appelé en consultation, M. Bergeret administra les opiacés jusqu'à ce qu'il se manifestât un commencement de narcotisme bien prononcé ; quand il vit la malade plongée dans cet état de torpeur et de relâchement général que produisent les préparations opiacées, état dans lequel les douleurs avaient perdu notablement de leur intensité, il fit avaler 5 centigrammes d'émétique, additionnés de 20 grammes de sulfate de magnésie. Il survint des efforts de vomissement qui ébranlèrent fortement l'appareil biliaire, et bientôt on retrouva, dans les garderobes assez nombreuses que provoqua l'éméto-cathartique, des calculs à facettes comme dans le cas précédent. Soumise à un régime composé de végétaux frais et de bons fruits, selon le précepte de Chomel, la malade n'a plus ressenti la moindre atteinte de sa gravelle hépatique.

Calcul de l'urèthre. Ce corps étranger occupait, depuis quinze ans, la fosse naviculaire, et gênait ainsi l'émission de l'urine qui s'écoulait goutte à goutte. Divers médecins consultés en avaient aisément reconnu la présence, à un peu moins d'un centimètre du méat, mais sans avoir tenté de l'extraire.

M. Jarjavay a pensé tout d'abord que la curette articulée de Leroy (d'Étiolles) suffirait pour contourner et ramener le calcul ; cet ingénieux instrument a été facilement glissé, puis recourbé, mais le calcul était trop considérable pour franchir le méat, il a fallu dès lors débrider cet orifice, ce qui a été fait d'un coup de ciseau ; puis poussant le calcul en comprimant derrière lui le pénis, pendant qu'un aide saisissait le corps étranger avec des pinces à pansement, l'extraction de ce corps s'est faite par un mouvement combiné de propulsion et de traction.

Ce calcul avait des proportions insolites pour le siége qu'il occupait, et ce n'est pas sans étonnement qu'on a vu ce volumineux ovoïde, dont la grosse extrémité était en avant, mesurer 3 centimètres et demi dans son diamètre longitudinal, et 12 millimètres à la hauteur de son renflement transversal. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juin.)

Calcul extrait sans opération. La dilatation artificielle de l'urèthre pour l'extraction des calculs vésicaux chez la femme, érigée en méthode générale par M. Bryant et quelques autres chirurgiens anglais, vient de recevoir une haute confir-

mation. Une fille de douze ans, souffrant depuis seize mois de la vessie et plongée dans une prostration extrême par suite de ses souffrances prolongées, fut admise à *London hospital* le 20 décembre 1864. Attendu la gravité de son état, et la vessie ne gardant pas une goutte d'urine, dès que M. Curling eût constaté la présence du calcul, il se mit en devoir de l'extraire sans retard. L'enfant étant chloroformée et placée convenablement, le dilatateur à trois branches fut introduit dans l'urèthre et, après six révolutions exécutées dans l'espace de cinq minutes, l'indicateur pouvait remplacer l'instrument dans la partie postérieure du canal. Il suffit de trois à quatre minutes de dilatation nouvelle pour qu'il parvint aisément dans la vessie et touchât une grosse pierre. Un lithotome courbe fut dès lors conduit sur l'index, saisit le calcul suivant sa longueur et, par des tractions oscillatoires, l'amena en entier au dehors. De forme ovoïde, il mesurait un pouce et demi anglais en longueur et plus d'un pouce de diamètre, et se composait d'ammoniaque et de phosphate de chaux. Quinze minutes suffirent à cette manœuvre, qui provoqua à peine l'écoulement de quelques gouttes de sang. La vessie fut ensuite lavée à l'eau tiède.

Il n'y eut aucun accident consécutif. Les urines pouvaient être retenues dès le 6e jour et, dès le 3 janvier, l'opérée urinait volontairement. Elle quitta l'hôpital le 10. (*Med. Times and Gaz.*, mars.)

Cette méthode dont l'exécution est rendue facile par l'anesthésie, dit M. Curling, mérite d'être généralisée.

CALOMEL. Un procédé très-expéditif de savoir s'il contient du sublimé est indiqué par M. Bonnewyn. Il suffit de le placer sur une lame de fer bien polie et de l'arroser d'une goutte d'alcool ou d'éther. S'il est pur, il n'en altèrera en rien le brillant; mais, contînt-il un 50,000e de bichlorure, qu'aussitôt la lame se noircira en vertu de l'action que le fer exerce sur ce produit. (*Arch. der Pharm.*)

CANCER. Étiologie. M. Moore a soutenu cette thèse singulière, à la dernière session de l'Association britannique, que le cancer est l'apanage des gens bien portants, se fondant à cet égard sur leurs apparences de santé et sur cet argument que les aînés des familles, qui sont généralement les mieux portants, en sont plus souvent atteints. Ainsi, sur 101 cancéreux, il exis-

tait 26 fois sur l'aîné, 11 fois sur le second, 19 fois sur le troisième, 13 fois sur le quatrième, 9 fois sur le cinquième et ainsi en décroissant. Il montre d'ailleurs les progressions graduelles du cancer en Angleterre d'année en année, de 1850, en comptant 4966 cas, à 1862, pendant laquelle ils se sont élevés à 7396. Enfin, de ce que les habitants des districts méridionaux, qui se portent mieux que ceux du Nord, en sont atteints dans une proportion double, soit de 1 sur 30. (*British med. Association*, août.)

Si étranges qu'elles paraissent, ces assertions ne sont ni nouvelles ni dénuées au moins d'une apparence de fondement. Dans ses recherches sur le cancer en 1845, Tanchou avait aussi conclu, d'après la statistique de cette maladie dans la ville de Paris, qu'elle était un effet de la civilisation croissante. Nous-même, sur 23 cas de cancer de l'utérus, nous avons trouvé que la majorité des femmes atteintes étaient d'un tempérament sanguin (*Gaz. des hôp.*, 1844). Coïncidence ou causalité, il y a là un fait, une relation, dignes de l'étude des pathologistes, et que le microscope pourra peut-être éclairer.

Complications. *Paraplégie douloureuse.* Le fait signalé par M. Cazalis, de dépôts cancéreux secondaires et multiples dans le corps des vertèbres lombaires chez les incurables de la Salpêtrière qui succombent au cancer, a été de nouveau étudié par M. Charcot dans cet établissement. Si, dans plusieurs cas, cette altération reste à l'état latent et ne se dévoile par aucun signe, 6 fois sur 35 cas observés de cancer du sein, elle a donné lieu à un ensemble de symptômes dénommés *paraplégie douloureuse*. Les malades éprouvent des douleurs dans la région lombaire, s'irradiant dans toute l'étendue des membres avec un sentiment de constriction pénible, étreignant, comme une ceinture, la partie la plus inférieure de l'abdomen. Ces douleurs des membres semblent occuper tous les rameaux nerveux à la fois. Vives, surtout la nuit, elles ont habituellement le caractère lancinant ou même fulgurant ; parfois elles s'accompagnent d'une sensation d'ailleurs purement subjective de chaud ou de froid ; toujours il s'y joint des fourmillements occupant surtout les extrémités ; persistantes, continues, ces douleurs s'exaspèrent par moments, et produisent ainsi des accès plus ou moins violents pendant lesquels les malades sont privés de sommeil, et poussent même des cris déchirants qui abrégent notablement la vie

des malades. — D'ailleurs, point d'analgésie ni d'anesthésie : au contraire, les moindres pincements, voire même les moindres attouchements, sont très-nettement perçus, et, de plus, ils sont l'occasion de douleurs plus ou moins vives, principalement pendant la durée des accès. Aucun désordre appréciable de la conscience musculaire. — Certains troubles de la motilité vont de pair avec ces symptômes d'hyperesthésie : la marche est difficile, en partie sans doute à cause des douleurs des membres ; mais surtout à cause de l'affaiblissement musculaire ; d'ailleurs, à un degré plus avancé, cet affaiblissement est tel, que les malades ne peuvent plus marcher sans l'aide d'un bras ou d'une béquille ; on les voit, lorsqu'ils s'efforcent de faire quelques pas, détacher péniblement leurs pieds du sol ; il semble que ceux-ci soient devenus plus pesants. Plus tard survient l'atrophie musculaire, et un jour, enfin, la marche et la station même sont devenues tout à fait impossibles. La paralysie des sphincters, ni les altérations de l'urine, ni la formation d'eschares au sacrum n'ont été observées. Il a paru que, dans les cas où les douleurs se sont montrées très-vives et très-persistantes, la vie des malades a été, par cela même, très-notablement abrégée.

Dans les trois cas où il a été permis de rechercher la raison anatomique de ces symptômes, l'altération cancéreuse du corps des vertèbres lombaires était des plus prononcées. Deux fois c'était des tumeurs multiples arrondies, parfaitement circonscrites, du volume d'une noisette pour la plupart, ou même plus grosses encore, faciles à énucléer, et développées au sein de la substance spongieuse qui se montrait partout ramollie et friable. En quelques points la mince lamelle de tissu compact, qui limite de toutes parts le corps des vertèbres, avait été détruite du côté de la cavité rachidienne, de telle sorte que plusieurs tumeurs avaient fait issue dans cette cavité où elles s'étaient développées, comprimant d'avant en arrière la dure-mère. Dans le troisième cas, les éléments cancéreux ne constituaient plus par leur réunion des tumeurs circonscrites ; ils étaient comme infiltrés dans les cellules agrandies du tissu spongieux, et conséquemment un examen microscopique attentif permettait seul de déterminer le véritable caractère de l'altération. Celle-ci portait presque exclusivement sur les quatre dernières vertèbres lombaires. Leur tissu était ramolli, à tel point qu'on pouvait, sans effort, les diviser à l'aide du couteau en

minces lamelles ; la troisième était aplatie, comme écrasée, et ne mesurait guère plus d'un centimètre dans son diamètre vertical. Par suite, la colonne lombaire s'était incurvée, de manière à rétrécir le canal rachidien dans le sens antéro-postérieur ; la dure-mère avait été refoulée dans le même sens, et les tissus nerveux, qui constituent la queue de cheval, se trouvaient comprimés et tiraillés. C'est évidemment à la compression et à l'irritation des racines spinales lombaires que doit être rattachée la *paraplégie douloureuse*. (*Union méd.*, n° 50.)

Thrombose artérielle. Aux oblitérations fibrineuses des veines qui se rencontrent si communément dans les périodes avancées des affections cancéreuses, le carcinome utérin surtout, M. Charcot ajoute des oblitérations artérielles qui se produiraient sous l'influence des mêmes causes, mais beaucoup moins fréquemment.

Chez quatre femmes atteintes de cancer utérin, l'oblitération absolue de l'une des artères sylviennes, par un caillot fibrineux, a produit le ramollissement des parties correspondantes du cerveau. C'était un ramollissement blanc occupant les parties des lobes antérieur et moyen attenantes à la scissure de Sylvius. Les tubes nerveux, réduits en parcelles ténues, étaient là variqueux ; les cellules nerveuses ne présentaient pas d'altération appréciable. A ces éléments se trouvaient mêlés des corps granuleux en assez grand nombre. Le thrombus était dense, décoloré, formé de couches fibrineuses stratifiées. Il se prolongeait dans les ramifications principales de l'artère ; au delà et en deçà, la lumière des vaisseaux était libre. Les tuniques vasculaires ne présentaient d'ailleurs aucune trace de dégénérescence athéromateuse, aucune altération qu'on puisse rapporter à la préexistence d'une artérite. Le début s'était d'ailleurs opéré brusquement, sans prodromes. Il y avait eu tout à coup hémiplégie complète, absolue, avec flaccidité des membres et persistance des mouvements réflexes ; la face était déviée. Jusqu'à l'époque de la mort, qui avait eu lieu deux ou trois jours seulement après le début, les malades étaient restées dans l'état comateux.

Encore chez un sujet atteint de cancer utérin, l'oblitération de l'une des artères fémorales par un thrombus a produit une paralysie subite et complète des mouvements, ainsi qu'une anesthésie cutanée à peu près absolue du membre correspon-

dant. Les battements artériels étaient tout à fait supprimés. Le membre était froid et couvert çà et là de taches livides. La mort survint avant que le sphacèle se fût déclaré. Dans ce cas, comme dans les précédents, les veines principales des membres inférieurs étaient oblitérées par des caillots décolorés, et évidemment de date ancienne.

Deux cas de gangrène sèche de plusieurs doigts de la main, observés, le premier, chez une femme atteinte de cancer gastrique; le second, chez une autre femme atteinte d'un vaste cancer du sein, en cuirasse, peuvent aussi être rapportés à la thrombose artérielle. Un thrombus occupant l'extrémité inférieure de l'une des artères humérales et se prolongeant à une certaine distance, dans la cavité des artères cubitale et radiale correspondantes, fut trouvé à l'autopsie.

Dans ces cas, les cavités du cœur gauche, les veines pulmonaires, l'aorte, explorées avec soin, ne présentaient pas trace de concrétion fibrineuse ayant pu produire l'embolie, et les tuniques des artères oblitérées étant tout à fait saines, il ne reste guère, pour expliquer la thrombose, que l'influence d'une altération particulière du sang analogue à celle qui, lorsqu'il s'agit du sang veineux, permet de comprendre l'existence si fréquente des concrétions sanguines veineuses chez les sujets affaiblis par une maladie de longue durée. (*Union méd.*, n° 50.)

Diagnostic. Un exemple très-précieux au diagnostic différentiel a été relaté par M. Laveran. Un officier de quarante-deux ans est pris, au milieu d'une santé florissante, et six mois après son mariage, de douleurs vagues, erratiques, puis bientôt et subitement d'une violente douleur s'irradiant du rein vers le testicule gauche. Regardées tour à tour comme des douleurs rhumatismales, névralgiques, des coliques néphrétiques, une méningite spinale rhumatismale, tous les moyens dirigés contre ces prétendues affections ne font que laisser un libre cours à la maladie réelle. Six mois après, la maigreur est extrême, la sensibilité tactile est diminuée, elle est exagérée au contraire au niveau des gouttières vertébrales et à la région abdominale. Des douleurs lancinantes spontanées rayonnent de là dans toutes les parties du corps. Il n'y a pas de contracture, pas d'appétit; constipation des plus opiniâtres; miction difficile. Aucun accroissement du foie ni de la rate.

Si la faiblesse des membres inférieurs, la diminution de la

sensibilité tactile, les douleurs partant de la colonne vertébrale, pouvaient faire croire à une affection de la moelle, comme on l'avait admis, l'absence de mouvements réflexes et de contractures dans les membres inférieurs, le caractère lancinant des douleurs excluant l'idée d'une tumeur tuberculeuse toujours indolente, les crises qu'elles provoquent, la maigreur excessive et rapide, l'inappétence et la lenteur des digestions s'y opposaient. M. Laveran diagnostiqua une tumeur cancéreuse comprimant les nerfs des intestins et des membres inférieurs que l'acuité progressive des symptômes ne fit que justifier de plus en plus.

En effet, la mort survenue dans le dernier marasme, six semaines après ce diagnostic porté, c'est-à-dire l'entrée du malade au Val-de-Grâce, on trouva, au centre de la cavité abdominale, une tumeur d'un blanc légèrement rosé, comprise entre les feuillets du mésentère et englobant le duodénum. Son pédicule se prolongeait en avant de la colonne vertébrale, depuis la dixième vertèbre dorsale jusqu'au-dessous du détroit inférieur adhérant aux parties voisines comprimant l'aorte et englobant des filets des nerfs phréniques, des pneumogastriques, du grand sympathique, des plexus lombaire et sciatique. Le tissu en était lardacé avec de nombreux ramollissements. Des cellules de forme variable, enfermées dans un stroma de tissu conjonctif, en démontraient la nature cancéreuse. (*Gaz. heb.*, n° 4.)

Par la multiplicité d'actions réflexes mises en jeu dans ce cas, il peut servir à l'histoire du diagnostic des maladies de la moelle et éclairer la physiologie et la pathologie du grand sympathique.

Anatomie pathologique. Au lieu de borner son attention à la structure et au développement de la tumeur, le docteur Fenwich a fait l'examen microscopique de l'estomac et des intestins dans 57 cas de cancer. 15 étaient des cancers du sein, et dans 7 la muqueuse gastrique était atrophiée avec excès de graisse, les glandes salivaires atrophiées, et les tubes adhérents ou détruits. Dans 4, il n'y avait aucune apparence morbide.

Sur 24 cas de cancer de l'utérus, trois fois seulement elle était exempte de toute lésion morbide; dans 5, les tubes étaient très-adhérents. Un excès d'albumine, de graisse ou de gélatine, en distinguait quelques autres.

Dans les 18 autres cas, les lésions de l'estomac variaient selon la partie du corps affectée. Les glandes de Brunner, les villosités et les tubes intestinaux présentaient la même apparence morbide de dégénérescence graisseuse, épaississement de la muqueuse, augmentation des nucléoles et le plus souvent un dépôt pigmentaire dans les villosités. (*Roy. med. and chir. Society*, 27 juin.)

Reste à savoir et à vérifier si ces lésions anatomo-pathologiques dépendent de la diathèse cancéreuse, ou n'en sont qu'une complication accidentelle Aussi l'auteur provoque-t-il des recherches sur ce sujet pour le vérifier.

Sous l'influence des idées émises par Virchow, tous les micrographes allemands semblent rapporter le point de départ de toutes les néoplasies uniquement aux cellules du tissu conjonctif, sans mettre en cause les acini de la glande mammaire dans la production de ses tumeurs malignes. Foerster, l'un des plus autorisés est ainsi très-explicite à cet égard dans son manuel d'anatomie spéciale (*Handbuch der speciellen Anat.*, 2ᵉ édit. p. 184), M. Robin au contraire regarde le cancer du sein comme une modification du parenchyme glandulaire, et sa généralisation comme une genèse hétérotopique de glandes. Des études microscopiques faites par M. Cornil, sur plusieurs glandes cancéreuses du sein, ont confirmé ces assertions. Il a démontré par ses observations avec planches, consignées dans le *Journal de l'anat. et de la phys.*, mai, etc., que si des noyaux et des cellules naissent, dans ce cas, au sein du tissu conjonctif des acini, le même phénomène se passe dans l'intérieur des culs-de-sac, au sein de l'épithélium contenu dans les membranes hyalines et épaisses des glandes qui l'isolent du tissu conjonctif environnant. Cette modification du contenu des glandes précède même, dans certains cas, celles du tissu conjonctif.

Ce serait même, d'après ces observations, par ces acini, à la superficie des glandes enlevées, qu'aurait lieu la repullulation. Et comme les tumeurs s'accroissent surtout à leur superficie, on trouve dans ce cas des acini normaux à la superficie, tandis que ceux de l'intérieur sont dégénérés, comme il en rapporte un exemple.

TRAITEMENT. *Nitrobenzine.* Chez une femme de cinquante ans, une tumeur dure existait depuis une dizaine d'années au bas du sternum, à gauche de l'appendice xiphoïde. A surface unie,

luisante, rosée d'abord, elle devint ensuite irrégulière, bosselée, de couleur violacée, se sillonna de petites veines variqueuses, doubla de volume, s'ulcéra. Des ramifications dures, tortueuses, s'irradiaient en tous sens. Les douleurs lancinantes étaient plus vives et plus fréquentes. D'autres tumeurs parurent ensuite sur les ramifications, les unes croissant lentement, les autres plus rapidement. Des ulcérations profondes s'ouvrirent dans leurs interstices et sur les tumeurs elles-mêmes. Leurs bords, comme taillés à pic, tombèrent par lambeaux charriant abondamment une sérosité puriforme d'une odeur des plus repoussantes. Le sein gauche disparut entièrement, les glandes de l'aisselle s'engorgèrent, et l'ulcération menaça les tissus profonds, muscles intercostaux, cartilages, périoste même. Des hémorrhagies graves compliquèrent cette triste situation, et la malade, dont les forces résistaient à peine à tant de pénibles et douloureuses atteintes, fut bientôt réduite à l'état de squelette.

Malgré les remèdes, les traitements les plus variés, le mal persista. Avec le perchlorure de fer seul, les progrès du cancer semblaient se ralentir, les douleurs se calmer, l'ulcère se déterger, l'abondance des pertes diminuer. Et sous l'influence de son action spéciale, une grande partie de la principale tumeur se détacha et fit place à une plaie dont l'aspect vivifiant laissa croire à la possibilité d'une cicatrisation prochaine. Mais il fallut y renoncer à cause de la douleur qu'il provoquait et le chancre, au bout d'un temps d'arrêt, continuant son action destructive, il fallait aviser.

L'état de la malade était devenu fort grave, ses forces étaient presque épuisées. Le principal ulcère, à bords durs, déchiquetés ou renversés, à fond gris sale, chargé d'une sérosité sanieuse d'une extrême fétidité, charriait des débris de tissus sphacelés. C'est alors que le docteur Uytterhoeven employa la nitrobenzine mêlée à trois fois son volume de glycérine récente en applications topiques. Sous son influence, les douleurs diminuèrent d'intensité : l'ulcère, se détergeant, revêtit une teinte rosée; des bourgeons cicatriciels se développèrent sur plusieurs points; les bords s'amincirent; les sécrétions semblèrent tarir; l'odeur infecte, *sui generis*, fit place à l'arome, rappelant l'essence de laurier-cerise, répandu par la nitrobenzine. (*Art méd. de Brux.*)

Perchlorure de fer. A ses qualités hémostatiques et reconsti-

tuantes, M. le professeur Bitôt, de Bordeaux, a constaté qu'il combat avantageusement les démangeaisons intolérables dont les tumeurs cancéreuses sont souvent le siége ; d'où il conclut, qu'en enrayant le stimulus, il prévient la fluxion, et qu'il est anticongestif. En ces trois qualités, il peut s'opposer au développement des éléments cancéreux et au fâcheux retentissement que ces éléments finissent par exercer sur l'économie, *au moins s'il est administré d'une manière suivie pendant une longue période de mois.*

Sur 6 malades, atteints de tumeurs cancéreuses du sein, dans un état désespéré, et traités de cette manière, 4, dont 3 dans de misérables conditions hygiéniques, ont succombé aux progrès du mal; les 2 autres récidivistes, arrivés à la cachexie la plus manifeste, ont guéri.

Tout en admettant les suppositions de la cure spontanée, il y a donc lieu, *dans les cas inopérables*, d'essayer de préférence le perchlorure de fer, tous les jours, à la dose de 25 à 30 gouttes, prises en trois fois dans le courant de la journée.

Suivant M. Bitôt, le perchlorure de fer *solide*, mêlé à suffisante quantité de farine de froment, constitue une pâte aussi facile à manier que les onguents ; et l'on peut, avec cette pâte, obtenir des effets beaucoup plus profonds et plus faciles à localiser que par l'emploi de la solution, uniquement en usage jusqu'à présent. Ce topique, n'attaquant jamais que les tissus pathologiques, devrait être préféré à l'arsenic, à cause de ses propriétés toxiques. Ce serait donc là un remède spécial, sinon un spécifique. M. Dupuy en a obtenu les meilleurs effets, comme reconstituant dans un cas de la pire espèce. Sur 6 cancers utérins contre lesquels M. Levieux l'a employé, il y a eu 2 améliorations notables dans l'état général, l'état local restant le même. (*Congrès de Bordeaux.*) C'est donc à entretenir les forces dans les cancers chroniques, récidivés, qu'il peut surtout être utile, en forçant le cancer à rester local et à s'user sur place.

Injections hypodermiques de morphine. M. Freeman a fait de nombreuses applications de ce moyen comme sédatif des douleurs, spécialement de celles qu'engendre le cancer de l'estomac et de l'utérus. Aucun agent, selon lui, n'a le pouvoir de calmer la souffrance aussi efficacement, aussi promptement que celui-ci, et avec moins d'inconvénients pour la santé générale. Il est aussi d'observation que, malgré les nombreuses piqûres néces-

saires pour calmer la douleur aussi souvent qu'elle se reproduit dans ces affections, aucun accident local, abcès ou érysipèle, n'a eu lieu par le fait de l'opération.

Les effets de la morphine sont moins durables, mais s'exercent plus instantanément que ceux de l'atropine. L'atropine est le sédatif par excellence des douleurs superficielles : la morphine convient mieux pour celles dont le siége est dans les organes profonds.

Il faut augmenter progressivement les doses de narcotique. La plupart des cancéreux de l'hôpital de Middlesex en reçoivent quotidiennement 10 à 15 centigrammes en injection équivalant à 30 ou 45 centigrammes par la voie gastrique. (*British med. Journ.*, juin.)

Nouveau sédatif. — C'est l'acide citrique, dont la découverte des propriétés sédatives contre les douleurs lancinantes du cancer a été faite, *par hasard*, par le docteur Brandini, à l'hôpital de Sienne. Il s'agissait d'une femme de soixante et onze ans, atteinte d'un cancer de la langue, constaté par ses collègues du même service. L'extension à la base de la langue, aux glandes sublinguales et sous-maxillaires, empêchait toute opération. Des douleurs lancinantes que rien ne pouvait calmer martyrisaient cette malade, lorsqu'en suçant le jus d'un citron elle s'aperçut que ses douleurs en étaient considérablement amendées, et cette amélioration s'étant reproduite, elle en fit part au docteur Brandini. Un gargarisme avec 4 grammes d'acide citrique dans 350 grammes d'eau lui fut dès lors prescrit, et les douleurs cédèrent en effet ; de même que dans un autre cas semblable, chez une jeune fille de dix-neuf ans, couchée au n° 81 du service du docteur Chiantini.

Répétée sur une autre femme de soixante-treize ans, n° 191 du service du docteur Servadio, atteinte d'un cancer ulcéré de la mamelle avec tous les caractères de la cachexie cancéreuse, l'expérience réussit également bien. Des lotions faites sur la plaie avec la solution précédente calmèrent instantanément les douleurs lancinantes dont elle était le siége, et en appliquant dessus des plumasseaux de charpie imbibés de ce liquide et renouvelés toutes les six à sept heures, le sommeil perdu revint bientôt. (*Lo Sperimentale*, mai.)

L'importance qu'il y a à savoir à quoi s'en tenir exactement sur ce fait ne permet pas de douter que l'on ne s'empresse par-

tout à répéter cette expérience si simple et facile. Les occasions n'en sont que trop fréquentes, et ce serait un secours précieux si le praticien pouvait, du moins, apporter ce soulagement à un mal incurable. Espérons qu'il n'en sera pas ici comme de la guérison du cancer par le suc gastrique, en contradiction avec les nombreux cas de cancer de l'estomac.

The diagnosis and treatement of cancer and the tumours analogous to it (Diagnostic et traitement du cancer et des tumeurs qui lui ressemblent) par M Collis, chirurgien de l'hôpital Meath de Dublin, in-8° de 317 p., 1864.

Travail tout original et qui tend à montrer que l'érysipèle survenant après l'ablation peut prévenir la récidive. Idée nouvelle, étrange, et qui mérite d'être soumise à l'expérience clinique.

Cancer de la langue. La section du nerf lingual, pratiquée dans un cas de ce genre par le docteur Collis de Dublin, a eu plus de succès que celle qui se trouve rapportée dans le *Dictionnaire de* 1864. Le malade n'avait pu goûter un instant de repos malgré les divers traitements par les caustiques et les narcotiques dans divers hôpitaux de Londres. Dès la première nuit où la section du nerf fut opérée, il goûta un sommeil non interrompu par la souffrance. Le lendemain, l'ulcération était insensible au toucher et exempte de douleur spontanée. Huit jours après, elle était considérablement diminuée malgré son aspect verruqueux, et l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. C'est donc un moyen dont on peut du moins tirer parti en pareil cas, pour le soulagement des malades, sinon pour leur guérison. (*Dublin quarterl. Journ.*, février.)

Épithélioma. Un des élèves de M. Kuss, de Strasbourg, croit avoir trouvé le spécifique de cette variété du cancer parce que, dans deux cas, qui ne sont rien moins que concluants, des lotions avec une solution de sublimé paraissent avoir guéri. Il s'agissait, dans le premier, d'un ulcère de l'avant-bras gauche, à bords taillés à pic, recouvert de bourgeons charnus et secrétant une sanie fétide : dans le second, d'une tumeur en forme de champignon à la pointe du pied (*Thèses de Strasbourg*, 1864). Il faut remarquer que le caractère cancéreux de l'ulcère n'est pas très-évident, et qu'en vertu de l'axiome *naturam morborum ostendunt curationes*, sa guérison prompte peut bien faire soup-

çonner plutôt un chancre vénérien, d'autant plus que la guérison de la tumeur n'est pas confirmée. Ce n'est donc là qu'une exagération de l'esprit d'induction.

Cancroïde des paupières; *Blépharoplastie. Il signor* Brogi curé de l'un des faubourgs de Sienne, âgé de cinquante-quatre ans portait, depuis dix à douze ans, un cancroïde occupant le tiers interne des deux paupières de l'œil droit, se prolongeant à la racine du nez où existait une plaie profonde d'un centimètre siége d'élancements et d'un écoulement jaunâtre et sanguinolent. Toute l'épaisseur des paupières était intéressée en haut jusqu'au sourcil, en bas au bord adhérent. Des nodosités, un aspect livide, veineux, caractérisaient les parties non ulcérées, qui étaient rétractées sur l'ulcération, de manière que le sourcil était attiré en bas et en dedans et de même des parties voisines, ce qui rendait les paupières fermées et immobiles.

Le mal prenant de l'extension, M. Marcacci résolut de l'enlever. Assisté de plusieurs confrères, il incisa verticalement toute la paupière inférieure jusqu'à la limite du mal, et, de ce point, dirigea une autre incision vers la racine du nez; d'un coup de ciseau il divisa de même la paupière supérieure, une quatrième incision se terminant à la racine du nez, c'est-à-dire au sommet de l'angle; il disséqua ensuite avec soin toutes les parties atteintes à la partie interne de l'œil et enleva ainsi tout le mal d'un seul coup. .

L'os fut ainsi mis à découvert avec le globe oculaire et le muscle droit interne qui se trouvait parfaitement disséqué. Prolongeant alors les incisions verticales des paupières en bas et en haut et les ramenant ensuite dans le même sens que les premières sur le nez et sur le front, le chirurgien disséqua deux lambeaux quadrilatères qui, en raison de leur obliquité convergente, recouvrirent exactement les parties mises à nu.

Des points de suture multipliés fixèrent les lambeaux que le développement rapide de nombreux bourgeons charnus vivifièrent bientôt, malgré une hémorrhagie consécutive au quatrième jour qui en nécessita le soulèvement partiel. Les deux paupières furent ainsi rétablies, et il n'est pas jusqu'aux poils des sourcils qui servirent de cils à la paupière supérieure. Le globe oculaire fut recouvert entièrement ainsi que le fond de la partie interne de l'orbite, et si la portion artificielle de la paupière supérieure fut naturellement frappée d'immobilité, la portion externe

recouvra assez de mobilité pour l'exercice de la vue. (*Imparziale*, janvier.)

Cancer du rectum. S'il est une opération française en rapport avec la hardiesse téméraire des chirurgiens anglais, c'est assurément celle de l'anus contre nature introduite par Amussat contre le cancer du rectum. M. Curling l'a pratiquée le 20 juillet 1864 à *London hospital*, chez un jeune instituteur de vingt-neuf ans, marié, présentant une masse cancéreuse étendue, envahissant presque l'anus et en rétrécissant l'orifice. Les premiers symptômes, constipation, pesanteur, émission de sang, etc., ne remontaient qu'à seize mois sans apparence d'hérédité. Une bougie n° 1 traversait à peine la masse cancéreuse. Le malade étant placé convenablement et chloroformé, un petit tube fut introduit, et trois *pintes* d'une infusion de thé léger furent injectées et conservées. Une incision transversale de quatre *pouces* d'étendue fut alors pratiquée au milieu de l'espace compris entre la crête iliaque et la dernière fausse côte; puis, divisant couche par couche sur une sonde cannelée jusqu'au tissu adipeux sous-péritonéal très-abondant, il y eut quelque difficulté à trouver l'intestin. Dès qu'il fut ouvert, l'infusion de thé s'échappa et quatre points de suture fixèrent l'intestin aux lèvres de la plaie. Un écoulement de matières intestinales presque incessant eut lieu pendant les deux premiers jours, puis tout rentra dans l'ordre sans nul accident. Les sutures tombèrent le cinquième jour, les douleurs du siége cessèrent bientôt, et, dès le dixième jour, le malade pouvait s'asseoir. Il quitta l'hôpital le 3 septembre et retourna dans son pays, où il reprit graduellement des forces, au point que le 11 décembre, cinq mois après l'opération, le docteur Guy constata qu'il se portait parfaitement, sans nulle autre incommodité que son anus artificiel.

D'après cet exemple et d'autres qu'il rappelle, M. Curling estime qu'il est préférable de recourir à cette opération de bonne heure, avant que toutes les fonctions digestives soient abolies, que le mal ait étendu ses ravages. C'est le seul moyen de la rendre utile, sinon comme curative du cancer, au moins comme palliative, et permettant au malade de vivre d'une manière supportable un temps plus ou moins long; il paraît même à considérer comme pouvant ralentir, sinon arrêter les progrès, l'extension du mal, et les douleurs qui y sont inhérentes,

par la suppression du passage et du contact des matières fécales. C'est ainsi que dans les rétrécissements uréthraux infranchissables, M. Pollock a récemment préconisé la ponction anale de la vessie, comme en favorisant la guérison spontanée par l'entretien temporaire de cette issue artificelle de l'urine et la suppression de son contact avec la partie malade. La cessation des douleurs est une preuve qu'elles dépendent, au moins en partie, du passage et du contact des matières fécales. Ces bienfaits résultent de l'observation précédente et d'une autre qu'il rappelle dont le sujet survécut quatorze ans. D'après ces exemples, l'établissement d'un anus contre nature n'est pas incompatible avec des occupations actives, les devoirs de société ni une digestion complète.

Quant à l'opération, le principal danger est la lésion du péritoine. Sur 19 cas dont il a été témoin ou acteur, l'habile chirurgien anglais n'a vu survenir cet accident qu'une fois, et 7 opérés se sont rétablis. Elle n'est pas aussi formidable et dangereuse qu'on le suppose généralement. Jamais la mort n'est résultée de l'opération. Des connaissances anatomiques et une certaine habileté sont sans doute indispensables pour l'exécuter, mais alors on trouve rarement de la difficulté quand le côlon est distendu. Il n'est pas aussi aisé de l'ouvrir en dehors du péritoine quand l'injection préalable est impossible. Dans 3 cas de côlotomie sur 6 exécutés sur des adultes, M. Curling a rencontré le côlon contracté et comprimé sur la colonne vertébrale par le petit intestin distendu. De là, l'indication de l'injecter préalablement. (*Lancet*, janvier.)

Cancer du testicule. Un kyste lymphatique de cet organe, enlevé par M. Tillaux et ne contenant pas de cellule cancéreuse avait été considéré par lui, sur la foi de Curling, comme ne devant pas récidiver. Néanmoins, après six mois, des douleurs se font sentir dans les lombes, gagnent la région diaphragmatique, un épanchement se manifeste du côté gauche de la poitrine. Par la ponction, pratiquée à l'Hôtel-Dieu, il ne sort que du sang, le malade succombe, et l'autopsie révèle un cancer généralisé de la rate, des poumons et du cerveau. (*Soc. de chir.*, août.) N'est-ce pas moins dans le caractère anatomo-microscopique qu'il faut chercher ici des éléments de diagnostic que dans le mode de développement de la maladie, ses signes propres et surtout l'hérédité ?

Cancer du cerveau. *On primary cancer of the brain*, par le docteur Bacon. Résumé d'investigations suivies dans les hôpitaux de Londres pour déterminer la fréquence du cancer du cerveau dont cette brochure contient 21 observations. C'est ainsi une monographie complète sur ce sujet.

CATALEPSIE. Voy. Hystérie.

CATARACTE. *Extraction sans ouverture de la cristalloïde.* A l'exemple de M. Sperino (de Turin) et Pagenstecher (de Wiesbaden), le docteur Wecker emploie aussi cette méthode pour toutes les cataractes séniles à noyau volumineux. Après avoir anesthésié le patient avec l'éther pour prévenir plus sûrement l'excitation et les vomissements, il pratique, en un seul temps, la section du lambeau qui doit intéresser très-exactement la moitié inférieure de la cornée. Cela fait, les inhalations d'éther sont reprises en maintenant l'œil opéré doucement fermé au moyen d'une boulette de charpie et de la paume de la main. Le sommeil étant bien profond, l'opération est suivie, par l'excision de 2 millimètres de largeur de l'iris ; puis exerçant de douces pressions par l'intermédiaire des paupières, l'évacuation du cristallin est pratiquée. Il s'écoule le plus souvent, avec le cristallin, un peu du corps vitré, mais si peu que la quantité en est souvent moindre que dans beaucoup de cas par le procédé ordinaire d'extraction.

Afin de prévenir tout mouvement involontaire et dangereux, les inhalations sont rejetées de nouveau avant de constater les rapports des lambeaux et appliquer le bandage compressif que l'on serre un peu plus que de coutume. La guérison s'effectue avec plus de rapidité et moins d'irritation, que par le procédé ordinaire d'extraction, et les pupilles présentent aussi une plus grande netteté. (*Gaz. hebd.*, n° 30.)

Cataracte molle. *Succion.* Cette méthode, inaugurée en France par M. Laugier en 1847 et oubliée depuis, a été remise en honneur et pratiquée en Angleterre par les premiers ophthalmologistes, Bowman, Critchett, Lawson, et M. Teale de Leeds en publie six exemples suivis de guérison. D'après lui, l'insuccès qu'elle a éprouvé en France tient à ce que M. Laugier se servait d'une grosse aiguille tubulée pour traverser la sclérotique et rompait souvent la capsule postérieure du cristallin

qui doit rester comme une barrière entre l'humeur aqueuse et l'humeur vitrée.

Son opération se compose de trois temps :

1° Rupture de la capsule antérieure, effectuée en introduisant deux aiguilles des deux côtés opposés de la cornée ; ou, si l'on ne veut pas se servir des deux aiguilles, en n'ouvrant la capsule qu'après le second temps.

2° L'ouverture de la cornée est pratiquée avec une aiguille, tandis que l'œil est tenu en place par l'une des deux aiguilles introduites dans le premier temps et non retirée.

3° L'extraction de la cataracte, faite avec une curette tubulée terminée par un tube de caoutchouc, dont une extrémité est tenue entre les lèvres de l'opérateur et qui lui permet de régler à volonté la force et la durée de l'expiration, laquelle doit être continuée jusqu'à ce que la pupille soit devenue nette. (*Lancet*, sept. 1864.)

CAUSTIQUES. *Pâte de Canquoin.* En se desséchant par l'évaporation rapide de l'eau, cette préparation n'avait plus l'avantage de se mouler exactement sur les parties à détruire. M. Demarquay, qui se sert fréquemment de ce caustique, ayant constaté d'une part cet inconvénient, et de l'autre la solubilité parfaite du chlorure de zinc, base de cette préparation, dans la glycérine, lui a fait subir une importante modification. Au lieu de dissoudre ce sel dans l'eau, il le dissout directement dans la glycérine qu'il mélange ensuite à la farine dans ces proportions :

♃ Chlorure de zinc.	10	grammes.
Glycérine	4	—
Farine de froment.	20	—

Mêlez.

On a ainsi une pâte malléable qui ne se boursoufle pas, n'adhère pas aux doigts et s'applique avec la plus grande facilité, récente ou ancienne, ayant une causticité égale. La solubilité de la glycérine dans l'eau aide aussi beaucoup au nettoyage des plaies. (*Bull. de thérap.*, septembre.)

CÉPHALALGIE. Contre l'élément douleur des céphalalgies, on emploiera avec avantage des compresses sur le front, imbibées de la solution suivante :

♃ Cyanure de potassium	1	gramme.
Eau distillée	80	—

Mêlez.

Éviter de toucher les cheveux qui rougiraient par ce contact.

CERVELET. La présence d'un énorme cysticerque, trouvé dans le quatrième ventricule à l'autopsie d'un enfant (voy. HELMINTHOLOGIE), n'avait déterminé aucun accident particulier aux lésions de cet organe.

Blessure du cervelet. Un lieutenant reçoit un coup de feu à la tête le 1er septembre. Apporté le lendemain à l'hôpital sans connaissance, respiration stertoreuse, on découvre une plaie pénétrante à un pouce au-dessous de la saillie mastoïdienne des deux côtés, laissant échapper de la substance cérébrale à gauche, preuve de la lésion du cervelet. La connaissance revint le soir même avec perte de la vue et incapacité de lever la tête. Au milieu de la nuit, il jeta des cris perçants et continua ainsi pendant trois semaines. Le docteur Batwell l'ayant fait transporter hors de l'hôpital, il se calma *suddenly* et répondit raisonnablement aux questions. Tout le côté gauche se paralysa, la face portée à droite, et difficulté d'avaler. Sécrétions naturelles; excrétions volontaires; priapisme constant avec émission séminale. Les mouvements revinrent néanmoins peu à peu, mais il ne pouvait les guider et se trouvait obligé de recourir à l'infirmier. Finalement, il recouvra la volonté de ses mouvements et entra définitivement en convalescence. Seule la pupille gauche restait dilatée et sensible à la lumière. Plusieurs esquilles s'échappèrent des plaies avant leur cicatrisation et le blessé put être envoyé à Nashville, dès la septième semaine. (*Philadelphia med. and surg. Reporter.*)

Tubercules du cervelet. Voy. VOMISSEMENTS.

Nouvelles recherches sur la physiologie et la pathologie du cervelet, par le docteur LEVEN, membre de la Société de biologie. In-8° de 26 pages.

Exposé de toutes les découvertes anatomiques et physiologiques faites sur cet organe dans ces dernières années.

CHAMPIGNONS. Suivant le professeur de Kaleniczenko, on emploie beaucoup, dans la petite Russie, le *Phallus impudicus*, Linn, contre les douleurs rhumatismales et goutteuses, et ce n'est pas sans avantages, soit qu'on l'emploie en frictions sur les parties douloureuses, d'après une préparation empirique populaire, soit à l'intérieur (*Union méd.*, n° 34). On serait donc autorisé, d'après cela, à rechercher chimiquement la partie active de ce champignon.

MM. Sicard et Schoras ont établi que le principe vénéneux de plusieurs espèces est d'un caractère basique et peut s'unir à des acides pour donner naissance à des sels.

Obtenu par le procédé qu'ils décrivent, ce sel est extrêmement vénéneux. Une dose infinitésimale, homœopathique, a toujours été mortelle pour les grenouilles. En l'augmentant, elle a suffi à tuer un chien de la même manière et avec les mêmes effets que la curarine. Voy. ce mot. (*Acad. des sciences*, avril.)

Traité des champignons au point de vue botanique, alimentaire et toxicologique, par l'abbé Morel, un volume in-12, de 300 p., orné de plus de 100 figures noires ou coloriées. *Germer Baillière.*

Œuvre d'un amateur, ce livre ne peut guère servir qu'aux amateurs qui désirent connaître superficiellement ces végétaux comestibles. Une description sommaire de chaque espèce, aidée des figures, facilite cette étude, mais les savants mycologistes n'y trouveront rien qui puisse les intéresser. Les généralités sur les caractères, la culture, la récolte autant que la préparation et la conservation des champignons se trouvent dans une *Introduction* qui forme à elle seule un petit traité à l'usage des gens du monde auxquels ce livre peut seulement convenir.

CHARBON. *Traitement.* Prenez un demi-drachme d'opium, dit le docteur Gutzeit de Riga, mêlez avec trois onces d'onguent blanc, étendez-en une couche épaisse sur toute la tumeur trois ou quatre fois par jour, et un soulagement rapide a lieu. La douleur devient supportable après une demi-heure et les symptômes généraux suivent la même amélioration. Cette médication est applicable aux divers degrés de l'affection, du début à la chute de l'eschare. Voy. Œdème gangréneux.

CHIRURGIE. *Blessure du tronc brachio-céphalique gauche.* Le 24 avril, un assassin pénétrait dans les bureaux de l'ambassade russe et frappait le comte de B... de plusieurs coups de poignard. Appelé aussitôt, M. Maisonneuve trouva le blessé baigné dans son sang, étendu presque exsangue et sans connaissance sur un sopha. Le pouls et la respiration étaient insensibles.

Parmi des blessures multiples, une surtout attirait l'attention : c'était une plaie longitudinale d'un centimètre et demi d'éten-

due, placée immédiatement au-dessus de la fourchette du sternum, un peu à droite de la ligne médiane, et paraissant dirigée profondément d'avant en arrière, et de haut en bas.

Le blessé étant évanoui, l'hémorrhagie se trouvait suspendue, mais, aussitôt que la circulation commença à se rétablir, un flot de sang d'un volume énorme surgit de la plaie. Ce sang était complétement noir, sans aucun mélange de sang artériel ni d'air, ce qui donnait la certitude que les artères carotides, ainsi que la trachée, avaient échappé à la pointe du poignard, mais que celui-ci avait intéressé l'un des plus gros troncs veineux de l'organisme : le tronc brachio-céphalique gauche, qui, comme on le sait, croise perpendiculairement la direction de la trachée, en débordant un peu la fourchette sternale. L'absence de tout thrombus dans le tissu cellulaire profond du cou permettait d'espérer que la pointe du poignard n'avait pas transpercé la veine, et que la paroi antérieure seule en avait été lésée.

M. Maisonneuve crut prudent de procéder sans retard à l'occlusion de la plaie, car, outre l'hémorrhagie déjà si grave, on pouvait craindre un accident bien plus redoutable encore, la pénétration de l'air dans le cœur. Comme accident consécutif, on pouvait redouter aussi l'inflammation intérieure de la veine, qui, pour être moins rapide dans ses conséquences funestes, n'en est pas moins aussi certaine.

Le procédé le plus simple pour obtenir ce résultat fut la suture dite entortillée, avec des précautions particulières pour en assurer l'efficacité. La première fut de passer l'aiguille à une grande distance, un centimètre et demi environ, des lèvres de la plaie, afin d'obtenir, en rapprochant les chairs, par leur tension et leur élasticité, une compression profonde qui s'oppose à toute hémorrhagie interne. Cette précaution constitue la base de l'opération appelée autrefois le *point doré*. La seconde fut de prévenir, autant que possible, les chances de phlébite, et par suite, l'infection purulente.

De cette manière, en effet, la plaie se trouvait exactement fermée dans sa profondeur, et la peau tendue par cette plicature forcée, exerçait sur les tissus sous-jacents une pression puissante et régulière qui s'opposait à toute hémorrhagie.

Après cette opération, le malade, placé sur un brancard, fut transporté avec les plus grandes précautions à son domicile. Le trajet, quoique un peu long, fut parfaitement supporté; le pouls reprit un peu d'ampleur, la respiration s'exécuta régulièrement,

et surtout il ne s'écoula pas une goutte de sang ; aucun thrombus sous la plaie.

La cicatrisation de cette grave blessure se fit régulièrement et, le 12 mai, le blessé était définitivement guéri. (*Union méd.*)

Traité iconographique des maladies chirurgicales, par Benjamin Anger, prosecteur des hopitaux de Paris, précédé d'une introduction, par M. le profeseur Velpeau, membre de l'Institut.

Ce magnifique in-folio, monument splendide élevé à la chirurgie contemporaine par l'éditeur Germer Baillière, quoique commencé seulement le 1er juillet, compte déjà 4 livraisons comprenant 104 pages de texte, 32 planches coloriées, dessinées d'après nature par MM. Bion, Léveillé et Beau, avec texte explicatif et de nombreuses figures noires intercalées dans le texte. C'est ainsi que la première contient l'introduction magistrale du Nestor de la chirurgie française et les généralités du premier livre : *Luxations et fractures*, avec de nombreuses figures noires explicatives. Il n'est besoin ainsi que d'indiquer les grandes divisions dans le texte, les figures les expliquent. Les variétés des luxations et fractures de l'humérus suivent avec une description aussi claire que précise.

Ces spécimens, si l'on peut dire, font bien augurer de la continuation de cet ouvrage, autant pour la valeur de l'exécution que la rapidité de la publication.

Essays and Reports on operative and conservative Surgery (Observations sur la chirurgie opératoire et conservatrice), par Butcher, chirurgien de l'hôpital Mercer de Dublin. In-8° de 933 p. illustré de 62 planches.

Les résections dont l'auteur s'est beaucoup occupé tiennent une large place dans ce volume, celle du genou en particulier. 172 pages lui sont consacrées. Il en donne la statistique suivante :

De 1850 à 1854, sur	31 excisions. . . .	5 décès.
De 1854 à 1856, sur	50 —	9 —
	81	14

Et mettant en regard les résultats de l'amputation de la cuisse, d'après les statistiques d'Erichsen en Angleterre et Malgaigne en France, le contraste est frappant.

Erichsen	19	amputations par blessures.	11	décès,	mortalité.	58 %
	34	— par maladies.	7	—	—	20,5
Malgaigne	46	— par blessures.	34	—	—	75
	153	— par maladies.	92	—	—	60

Toutes les autres excisions sont traitées avec la même extension. Les amputations, les fractures, la taille, le bec-de-lièvre, chez les enfants, ont reçu aussi des éclaircissements.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par Ch. Sédillot, médecin-inspecteur des armées, directeur de l'École impériale du service de santé militaire, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, commandeur de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Institut impérial de France, associé national de l'Académie impériale de médecine, etc., etc.

Cette troisième édition de l'ouvrage classique du savant chirurgien militaire en atteste assez le mérite et la valeur. Elle se composera de deux volumes in-8°, dont le premier est en vente, le second sous presse. Des figures intercalées dans le texte et tirées en couleur y sont jointes. Toutes les innovations, les perfectionnements accomplis en chirurgie dans les dix dernières années, y sont consignés avec l'appréciation judicieuse et éclairée de l'auteur. L'écrasement linéaire, les pansements par occlusion, le drainage, les sutures métalliques, la cautérisation en flèches et l'électrolytie, la compression digitale contre les anévrysmes et la question des résections sous-périostées auxquelles l'auteur a pris une si grande part en leur opposant l'évidement, sont ainsi successivement discutées et passées au double critérium de la pratique et de l'expérience dans ce premier volume.

A treatise on military surgery and hygiene (Traité de chirurgie et d'hygiène militaires), par le professeur Hamilton, inspecteur du service de santé de l'armée fédérale, un volume de 648 p. avec 127 gravures. New-York et Londres.

Le succès du Manuel, dont la seconde édition a paru en 1864, appelait ce traité qui, après une introduction sur les règlements de la chirurgie militaire aux États-Unis, contient autant de chapitres séparés sur l'hygiène diététique et nosocomiale que sur tous les points principaux de la chirurgie. Un chapitre est réservé aux anesthésiques, dans lequel l'auteur en restreint judicieusement l'emploi.

Le Guide n'en sera ainsi que plus sûr, plus explicite pour ceux qui ont à le consulter.

Delle imperfezioni superstiti alle ferite ed alle malattie con-

tratte in campagna (Des imperfections aux blessures et aux maladies contractées en campagne), par F. Cortèse, inspecteur sanitaire de l'armée italienne. Turin.

Surgical experiences. (Expériences chirurgicales) ou choix des leçons faites à l'hôpital Saint-Thomas, par Samuel Solly, chirurgien en chef, un volume in-8° de 656 pages.

Revue rétrospective et pleine d'enseignements d'une pratique de vingt années à la tête d'un vaste service, sur les questions les plus ardues de la chirurgie, par un des chirurgiens anglais les plus distingués.

Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie (Manuel de chirurgie générale et spéciale). Un volume in-8° de 352 p. Erlangen.

Dirigé par Pitha et Billroth assistés de collaborateurs aussi distingués qu'Esmarch, Nussbaum, Simon, Wagner, Weber et d'autres, cet ouvrage, orné d'excellentes planches et accompagné d'un atlas de 136 gravures sur cuivre, ne peut manquer de valeur.

The Works of sir Benj. Collins Brodie (Œuvres de B. Brodie), président de la Société royale avec une autobiographie ; recueillies et mises en ordre par Ch. Hawkins, membre du collége des chirurgiens.

Trois volumes in-8°, contenant plus de 3000 pages d'impression. Londres. Le premier contient ses discours et toutes ses œuvres médico-littéraires, si l'on peut dire. Les deux autres. spécialement, les œuvres chirurgicales.

Notice sur la chirurgie des enfants, par M. P. Guersant, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants-malades, membre honoraire de la Société de chirurgie. 3e fascicule contenant : Arthrites chroniques, — Brûlures, — Bec-de-lièvre, — Coxalgie, — Irrigations dans le pharynx, avec figures intercalées.

Pour l'année scolaire 1864-65, de même que M. le professeur Velpeau a publié la revue générale et statistique des cas observés dans son service de la Charité avec ses réflexions pratiques, dans le *Journ. de méd. et de chir. prat.*, sept. et oct. MM. Bouisson et Alquié ont relaté sommairement tous les faits remarquables qui se sont offerts dans les cliniques chirurgicales de la Faculté de Montpellier (*Montp. méd.*, oct. et nov.). Des

plus instructives, ces revues offrent une mine féconde de faits et de résultats curieux et intéressants.

CHOLÉRA. Épidémie de 1865. *Origine.* C'est de la Mecque, de Médine et sur le mont Ararat où se rassemblent, s'accumulent on peut dire chaque année 7 à 800 000 pèlerins, venant de toutes les contrées de l'islamisme pour sacrifier au moins une brebis à la divinité et s'en retourner, avec le titre de *hadji*, que semble avoir pris spontanément naissance cette nouvelle épidémie. Le mode d'existence impossible, la malpropreté indicible qui règne pendant toute la durée du pèlerinage, le caractère meurtrier du climat, joint surtout aux émanations pestilentielles s'exhalant des corps morts à peine cachés sous le sable, et des détritus des animaux sacrifiés, laissés en pleine décomposition, suffisent bien à en expliquer le développement. Quoi qu'il en soit, spontané ou importé au milieu de cette réunion, le fléau éclata avec une telle véhémence, qu'en moins de vingt-quatre heures, 100 000 pèlerins en furent victimes.

De la Mecque, l'épidémie se montra bientôt à Alexandrie, son principal foyer en Égypte, puis au Caire et autres villes. Elle paraît ensuite à Constantinople, où elle fit d'affreux ravages, et envahit successivement tous les ports de la rive orientale de la Méditerranée : Damas, Smyrne, Scutari, et tous les lieux situés sur les deux rives du Bosphore, remontant dans la mer Noire jusque sur les rives du Danube, à Galatz et Braïlow, sans épargner les îles intermédiaires placées sur son passage, comme Chypre, Malte, où elle fait escale, sévit avec fureur, et jusqu'au milieu de l'archipel grec.

Simultanément le fléau apparaît sur la rive occidentale de l'Adriatique, à Ancône, où les décès s'élèvent à plus de cent par jour. Il passe ensuite à San-Severo, dans la Capitanate, où il fait aussi de nombreuses victimes. Foggia, Melazzo, Sinigaglia, Rimini, etc., ne sont pas oubliés. Puis, il s'élance dans la garnison de Modène, et les prisons de Bologne, sans aller plus loin au nord, arrêté sans doute par la température et les mesures hygiéniques prises dans les villes de Milan et de Turin. En présence de quelques cas survenus en Sicile, les villes de Catane, Palerme, Messine, sont si énergiques dans leurs mesures sanitaires, que l'épidémie ne se manifeste pas dans l'île.

Mais il n'en est pas de même des ports français de la Méditerranée. Marseille est envahie et lutte pendant trois mois contre

le fléau ; Toulon et tous les lieux circonvoisins sont aussi atteints avec intensité.

Malgré la rigueur des quarantaines, le littoral de l'Espagne a été envahi comme celui de l'Italie, de la Turquie, de Marseille, et de quelques îles qui s'y trouvent situées. Valence et plusieurs lieux circonvoisins ont été les premiers atteints. La province limitrophe de Castellon l'a été ensuite avec de graves dommages, dans la capitale surtout, située sur la Méditerranée. Quelques cas rares se sont aussi montrés dans la province de Teruel. De même à Barcelone et les environs, où la température excessive qui s'est manifestée à la fin d'août semble avoir donné lieu à différentes affections graves du tube digestif, confondues à tort avec le choléra.

Plus à l'ouest, Alicante n'a pas été épargnée; c'est la ville qui a le plus souffert : plus de 200 cas s'y sont déclarés à la suite de l'arrivée de quelques troupes venant, dit-on, de lieux infectés. Des cas se sont aussi manifestés dans la province voisine de Murcie, notamment à Carthagène. Gibraltar n'en a pas été plus exempt, même la population civile. L'importation serait due au 22e régiment arrivé de Malte, le 10 juillet, sur le navire *Orontes*, quoique, jusque-là, l'île en fût exempte, et qu'aucun cas ne se soit manifesté pendant la traversée. Un soldat fut atteint le 19 juillet, et, bien que le campement du régiment ait été aussitôt changé de l'ouest à l'est de l'isthme, 2 autres cas éclatèrent le 31

Envahies consécutivement, les îles Baléares ont été si maltraitées, que la plupart des habitants émigraient devant les ravages de l'épidémie.

On ne peut guère se refuser de voir la un effet de la navigation et comme un témoignage éclatant de la contagion de cette maladie. A ceux qui voudraient la nier, d'expliquer comme ils pourront la préférence du fléau pour les villes maritimes du bassin de la Méditerranée. Ce n'est que consécutivement qu'il parvient dans l'intérieur, dans les grands centres de population, les capitales : Paris, Madrid. Mais il n'en résulte pas avec moins d'évidence l'inutilité des quarantaines ; car cette mesure a été aussi rigoureuse que possible à Malte, comme en beaucoup d'autres lieux, par opposition à ce qui avait été fait précédemment, et ils n'en ont pas été moins envahis. L'inconnu de la période d'incubation sera toujours un obstacle radical au succès de cette mesure d'un autre âge, comme le fait de Gibraltar tend à le prouver. Il faut donc au moins en essayer d'autres, et, jusqu'ici, on ne voit pa

trop les mauvais effets de celles qui ont été récemment adoptées.

Contagion. L'illustre professeur Tommasi (de Pavie) la conteste en se fondant sur l'immunité relative des médecins et des personnes entourant les cholériques dans les épidémies précédentes. D'où il conclut que les émanations des matières fécales, des vomissements, sont plus dangereuses et plus délétères que les malades eux-mêmes. Les désinfecter immédiatement dans les lazarets et les hôpitaux est donc pour lui une mesure essentielle, aussi bien que de purifier les lieux où les cholériques ont séjourné. (*Gazz. med di Torino*, n° 33.)

Comme désinfectant de ces déjections dont la contagiosité est affirmée de plus en plus, M. Wahu conseille de placer constamment, dans un des vases qui servent à cet effet, 200 grammes environ d'une solution de sulfate de fer au 20e, c'est-à-dire 1 partie sur 19 d'eau. (*Journ. des conn. méd.*)

L'invasion d'Ancône paraît infirmer cette opinion. Un navire arrivant d'Alexandrie d'Égypte et ayant des malades à bord, fut soumis à une quarantaine de sept jours *effectifs*. Une femme, Philomèle Conforti, en débarquant, se rendit à Bologne par le chemin de fer et de là elle allait à Lucca, lorsqu'elle fut atteinte dans le chemin de fer à huit heures du matin. Arrivée à Pistoja, à une heure de Florence, elle fut portée à l'hôpital, isolée avec soin des autres malades, comme atteinte du choléra asiatique, dont elle succomba le lendemain à huit heures du soir.

Simultanément à son départ, deux malades du même navire furent atteints au lazaret et se rétablirent. De là les mesures prises par le gouvernement italien.

Suivant le conseil supérieur de salubrité d'Italie au contraire et d'après le rapport du professeur Ghinozzi, le choléra d'Ancône s'est développé spontanément en vertu des mauvaises conditions hygiéniques de cette ville. L'épidémie a été précédée des maladies qui s'observent habituellement. Toutefois, il est confirmé que la première victime fut un nommé Fiacolli, marchand de tabac que son commerce conduisait ordinairement au lazaret où les voyageurs venant d'Égypte subissaient leur quarantaine. (*Imparziale*, n° 17.)

On répète souvent qu'un seul fait bien avéré suffirait pour affirmer la contagion. En voici un emprunté à l'épidémie actuelle par M. Foissac

Le jeudi 12 octobre 1865, M. et Mme B... s'installaient dans la maison de campagne de la famille M..., située dans les environs de Gruyères-le-Chatel. Elle était accompagnée d'une femme de chambre qui avait caché à ses maîtres qu'elle avait la cholérine. Dans la nuit du jeudi au vendredi, vers trois heures du matin, la cholérine se convertit en une violente attaque de choléra. On place auprès de la malade une femme de confiance de la famille M..., et une femme du village qui avait offert ses services ; le vendredi matin, on fait venir de Paris une sœur de Bon-Secours de la rue Saint-Merry. Ces trois personnes, toutes bien portantes, quittent à peine la malade. Dès le samedi, la femme de confiance est frappée du choléra et meurt le lundi. Le dimanche 15, après la messe célébrée au château, la sœur de Bon-Secours, prise également du choléra, meurt à minuit; la femme du village, atteinte dans la même journée, meurt le mardi. La première malade succombe quelques jours après. Plusieurs personnes de la famille M..., une seconde sœur de Bon-Secours qu'on avait appelée, éprouvent, quoique à un moindre degré, des symptômes inquiétants; elles quittent rapidement le château et trouvent la guérison à Paris. Il n'existait aucun cas de choléra dans la commune de Gruyères-le-Châtel avant l'arrivée de la femme de chambre, aucun autre cas ne s'y est déclaré depuis. Ce fait n'a pas besoin de commentaire; il nous paraît évident que la femme de chambre a communiqué le choléra à la femme de charge de la famille M..., à la femme du village, et très-probablement à la sœur de Bon-Secours. (*Union méd.* n° 130.)

Pour montrer que le choléra comme la fièvre jaune se transmet avec prédilection à l'aide des navires, la *Gazette médicale d'Orient* rapporte l'exemple suivant :

La frégate *Mouchbiri-Sourour* part d'Alexandrie, où le choléra sévit, à destination de Constantinople ; aucun cas de choléra n'avait été observé à bord pendant le séjour dans le port, aucun n'apparaît pendant la traversée jusqu'aux Dardanelles ; mais entre celui-ci et Constantinople, deux attaques foudroyantes ont lieu ; elle arrive à Constantinople le 28 juin avec un troisième cas de choléra promptement mortel, suivi de 11 cas de cholérine et de diarrhée cholériforme. Le 30, 2 autres cas de choléra et 7 cas de cholérine et de flux cholériformes se déclarent, et ces malades sont évacués sur l'hopital. L'influence épidémique est ici bien évidente. L'imprudence d'envoyer ces malades dans

un hôpital ne l'est pas moins. N'était-il pas indiqué de les isoler et de les traiter à part?

Malgré l'envoi de cette frégate à vapeur à Benyouk-Liman pour être purifiée et les mesures prises à l'arsenal pour prévenir la propagation du mal, cinq cas de choléra, dont deux mortels, s'y sont développés du 5 au 8 juillet. Il continuait d'y sévir après cette date, et des cas s'en étaient manifestés dans certains quartiers de la ville.

A Marseille, M. le docteur Maurin l'attribue à l'insalubrité des vieux quartiers et des faubourgs, à l'impossibilité d'y pratiquer un bon système d'arrosage, d'en extraire les immondices, à l'absence des égouts, au croupissement des eaux d'éviers et autres dans les rues, à l'abondance inaccoutumée et au bas prix des fruits, à l'abus qu'en fait la classe pauvre, à l'entassement d'une population étrangère et misérable dans des logements étroits, au centre de la vieille ville, etc., etc. Mais un autre praticien, M. le docteur Ménécier, s'est donné la mission de rectifier ce qu'il considère comme des erreurs, et d'atténuer un peu ce qu'on pourrait regarder comme des exagérations. Il ne met pas en doute, quant à lui, l'importation du choléra, qui n'aurait pas même rencontré des conditions exceptionnellement favorables à son développement, et qui aurait pris à l'improviste ses concitoyens, comme il a pris les médecins au dépourvu. Rien ne faisait prévoir l'imminence de l'épidémie, rien ne l'explique, rien ne la justifie.

Entre ces deux opinions contradictoires, on pourrait balancer à porter un jugement très-affirmatif, si un hygiéniste connu par la précision de ses recherches et le grand nombre de ses travaux hydrologiques, M. Grimaud (de Caux), n'avait demandé à l'enchaînement des faits une réponse définitive à cette question, si vivement débattue et si diversement résolue. Or, les investigations auxquelles il s'est livré lui ont permis d'établir que les premiers faits de choléra constatés à Marseille portaient la date du 14 juin, et que le navire *la Stella*, parti d'Alexandrie, le 1er, avec quatre-vingt-dix-sept passagers, dont soixante-sept pèlerins algériens, était entré dans le port Napoléon, le 11 du même mois. Ce navire avait eu deux cas de mort dans la traversée, et un au moment de l'arrivée. Tous les pèlerins venaient de la Mecque par Djeddah et Suez, où, du 20 mai au 22 juin, il en était passé plus de vingt mille, tous plus ou moins infectés.

Etude sommaire sur l'importation du choléra et les moyens de la prévenir, par MM. les docteurs Sirus Pirondi et Fabre (de Marseille). Brochure in-8°. Paris. Plaidoyer en faveur de la contagion basé principalement sur les faits de la dernière épidémie de Marseille et contraire aux mesures sanitaires employées pour s'y opposer. Ce n'est ainsi qu'un côté de la question ; la réplique serait nécessaire pour en juger.

Pathogénie. D'après son observation en Cochinchine, M. Armand soutient sa nature paludéenne (*Gaz. hebdomad.*). Il pourrait bien ne pas s'être trompé, car on sait combien les fièvres pernicieuses sont fréquentes dans cette contrée, et elles pourraient bien avoir revêtu l'aspect cholériforme dans les cas observés par le savant médecin militaire français. Cette supposition est rendue d'autant plus probable que le sulfate de quinine a réussi dans beaucoup de cas lorsqu'il était administré de bonne heure.

Des traits significatifs distinguent d'ailleurs ces deux maladies, dit M. Dechambre. C'est ainsi que par des latitudes égales, les mêmes conditions atmosphériques et hydrotelluriques, qui semblent présider au développement de la fièvre jaune en Amérique, sont impropres à sa genèse en Asie et paraissent donner lieu à l'endémie cholérique. S'il faut abandonner l'hypothèse du miasme palustre pour rendre compte de l'origine de la fièvre jaune sur le littoral du Mexique qui offre cependant des analogies si frappantes avec la fièvre jaune hématurique, *à fortiori*. il faut renoncer à voir dans le choléra l'expression d'une intoxication paludéenne. Celle-ci a une puissance renommée dans les pays tropicaux exempts de choléra, tandis que celui-ci naît spécialement à l'embouchure des grands fleuves de l'Asie. Les indigènes où il est endémique, loin d'avoir l'immunité dont ils jouissent pour la fièvre intermittente, y sont plus exposés et y succombent en plus forte proportion que les blancs. Enfin, parmi plusieurs autres dissemblances, le caractère migratoire du choléra est en opposition complète avec le caractère sédentaire des endémies de fièvre intermittente.

Néanmoins, M. Maurin assure qu'à Marseille, les premiers mois de 1865 ont été marqués par un nombre considérable de grippes, de coqueluches et de fièvres intermittentes larvées (*Acad. des sciences*). Dans son compte rendu des maladies régnantes, M. Gallard signale aussi la coïncidence de nombreuses

fièvres intermittentes avec l'apparition du choléra à Paris, de même qu'en 1849 et 1854, on avait constaté, dans les localités où la fièvre palustre est endémique, un plus grand nombre de cas de cette maladie (*Soc. méd. des hôp.*). Tout le littoral méditerranéen du département de l'Hérault a également offert une exceptionnelle augmentation dans le chiffre d'ordinaire très-considérable des affections paludéennes. (*Montpellier méd.*, novembre.)

Cette fréquence admise, reste à préciser s'il y a là pure coïncidence ou une filiation de cause à effet. Tout est contre cette dernière interprétation. C'est ainsi que le fléau indien s'est montré à peine dans les environs de Montpellier.

Les convalescents de fièvre typhoïde, de rhumatisme articulaire, seraient particulièrement prédisposés à le contracter dans les hôpitaux, suivant M. Moutard-Martin, ainsi que les varioleux, d'après M. Bucquoy.

Diagnostic. A défaut de la diarrhée prémonitoire, qui manque dans bon nombre de cas ou qui n'apparaît qu'avec les vomissements, le refroidissement ou les crampes, M. Gibert signale un signe constant, infaillible et facile à saisir, qui distingue même la diarrhée prodromique des diarrhées ordinaires, qui coïncident si fréquemment cette année avec l'apparition du choléra. Tandis que pour celles-ci la langue est rouge, sèche et pointue, elle est toujours large, pâle, humide, blanche et recouverte d'un enduit muqueux dans la diarrhée prémonitoire.

M. Gibert n'a jamais vu manquer ce signe dans les épidémies précédentes, soit en ville, soit à l'hôpital Saint-Louis, et il le retrouve dans l'épidémie actuelle. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Pronostic. *Pouls.* S'il est lent, quoique faible, même avec une algidité prononcée, M. Gubler croit pouvoir porter un pronostic favorable. Il est grave au contraire, s'il est très-fréquent, même avec une cyanose et un refroidissement modérés.

Les traits qui ressortent le plus clairement de l'épidémie de 1865 sont : la diminution très-considérable de son intensité sur les épidémies précédentes, et sa généralisation restreinte tellement que plusieurs contrées, comme l'Allemagne, la Suisse, la Belgique, la Russie, en sont indemnes; l'Angleterre et le Portugal ont à peine été touchés. La transmissibilité du fléau, de mieux en mieux reconnue, constatée, affirmée par sa

marche même envahissant tout le littoral de la Méditerranée et de ses affluents, comme de sa propagation directe, exclusive dans les grandes capitales, les centres commerciaux où se trouve réunie, encombrée une nombreuse population ; l'atténuation de sa force, de sa puissance d'action morbide, sa bénignité, en un mot, se démontrent par la moindre proportion des cas foudroyants, ses caractères mal dessinés, différents, insidieux, typhoïdes, comme cela résulte de la relation des épidémies de Marseille et de Constantinople notamment ; sa faible mortalité, du moins en Europe, et la proportion élevée des guérisons.

A l'appui de sa bénignité relative, voici la déposition de la *Gazette médicale de Constantinople :* « Dans l'épidémie actuelle, les cas de choléra algide ont présenté des proportions beaucoup supérieures à ce qu'on avait remarqué dans les deux épidémies de 1849 et 1855, de même que l'ensemble phénoménologique du choléra a présenté aussi beaucoup plus de lacunes et de bizarreries. Les crampes aux membres inférieurs faisaient le plus souvent défaut ; la cyanose et l'aphonie ne se sont présentées, ni si fréquentes, ni si intenses qu'autrefois. Un cordonnier de Coumcapou, par exemple, présenta la cyanose, l'algidité, l'oppression précordiale, l'anurie sans vomissement ni diarrhée — c'était le choléra sec, — et cependant des frictions avec la térébenthine, l'usage interne de la glace et de l'acétate d'ammoniaque, suffirent à en déterminer la guérison, due au mérite du docteur Dimitropulos, mort sur la brèche.

» La tendance à l'assoupissement et au coma était très-fréquente, les déjections alvines plutôt bilieuses que spécifiques ; l'anurie, la décomposition des traits, l'atrophie instantanée du globe de l'œil, la suppression du pouls, l'oppression précordiale, étaient les signes les plus constants. Une douleur aiguë et persistante du rachis était très-souvent le présage d'une issue fatale.

» Le passage de la période algide à celle de la réaction s'effectua souvent avec l'apparition de phénomènes typhiques quelquefois plusieurs jours après la première invasion, d'autres fois seulement après quelques heures, sans que le tableau en fût uniforme dans tous les cas. »

A Marseille, suivant M. Maurin, cette pseudo-épidémie diffère des précédentes en ce que le mal arrivait avec soudaineté et marchait par degrés à des caractères pernicieux ou d'une

fièvre typhique. De là l'insuccès des méthodes thérapeutiques.

Selon quelques praticiens, dit M. Grimaud, il y aurait eu cette fois moins de crampes et une cyanose moins générale que dans les précédentes épidémies. La suppression des urines seule n'a jamais manqué. On a compté beaucoup d'invasions subites, de cas foudroyants.

Prophylaxie. C'est sur elle plus que sur la thérapeutique qu'il y a lieu de compter. Sans parler des quarantaines qui ont fait leur temps, et dont l'exemple des Baléares et de Malte, si cruellement décimées, montre une fois de plus l'inanité, les mesures sanitaires et hygiéniques réalisées ici et là témoignent que l'on tend de plus en plus à marcher dans cette voie. La dispersion des populations soumises à l'infection, et des malades eux-mêmes dans des hôpitaux provisoires spéciaux ou sous la tente, la purification des marchandises et des navires, l'isolement des cholériques dans nos hôpitaux, un établissement séparé pour recevoir les convalescents, tel qu'il a été formé à Paris, pour la première fois, tout confirme cette nouvelle tendance. A l'Académie de médecine de Madrid, des hôpitaux spéciaux et provisoires de cinquante lits au plus paraissent à M. Calvo le meilleur moyen de prévenir la propagation. Des maisons de secours poūr recevoir exclusivement les malades à la première période, c'est-à-dire avec la diarrhée prémonitoire, et des habitations saines et ventilées pour les malheureux en santé, sont des mesures non moins utiles et urgentes pour le président. Il voudrait même que le linge des malades comme celui des varioleux fût mis de côté et lavé à part. Bien plus, il faudrait le brûler, suivant M. Castelo; mais c'est là un excès dont il faut se garder, car il est toujours possible de le désinfecter et de le purifier.

A cet égard, l'apparition d'une demi-douzaine de cas bien caractérisés dans une ville est un signe bien plus sûr de l'explosion prochaine de l'épidémie que la diarrhée prémonitoire. Celle-ci n'est qu'un signe particulier, individuel ; celui-là s'applique, au contraire, à toute la population. Ne serait-il pas, dès lors, d'une bonne prophylaxie de faire évacuer les écoles, les colléges, les couvents, les casernes, et toutes les grandes agglomérations d'individus, dès que ce signe se manifeste, au lieu de recourir au système contraire en renfermant toutes les personnes suspectes dans une ville, un navire ou un lazaret ?

Admettre la transmissibilité du choléra ou de la fièvre jaune ne rend pas obligatoire la pratique des quarantaines comme autrefois. Il n'y a pas de rapport entre ces deux termes, comme on le croit encore trop communément. Vouloir revenir aujourd'hui à ces moyens presque barbares d'un autre âge pour combattre la transmissibilité contagieuse ou infectieuse, c'est montrer que l'on n'a rien appris ni rien oublié.

Absolument comme ceux qui, en présence de cette nature inconnue du choléra, cherchent obstinément un spécifique, un antidote, et lui opposent des remèdes empiriques, irrationnels. Telles sont les injections hypodermiques d'huile essentielle de moutarde, pratiquées par M. Rubio, en vue de déterminer la réaction. Il en a obtenu des résultats très-satisfaisants, dit la *Espana medica*. Il faudrait s'entendre et s'expliquer catégoriquement sur ce mot. Est-ce, par exemple, comme chez le docteur Mayorga, dont le nom se trouve à la nécrologie? Quoi qu'il en soit, on a l'audace, la témérité d'imiter cette pratique en Espagne, de même que la *ligature des membres pour intercepter la circulation et y conserver la chaleur animale*, vantée simultanément, comme une grande découverte, dans le *Siglo medico* et la *Gazzetta venete*. Citerai-je aussi cette autre pratique dégoûtante, sinon impossible, employée à Constantinople, de boire son urine dès qu'on est pris de vomissements et de diarrhée? Triste spécimen des excès thérapeutiques, aussi ridicules qu'impuissants, auxquels quelques médecins se laissent aller en présence de ce fléau!

Combien seront plus efficaces les deux prix que la *Société impériale de médecine de Constantinople* vient d'instituer sur cette question du choléra en Turquie! Le programme contient seize articles dont la solution étant donnée fera un vrai traité historique de la dernière épidémie. Les mémoires devront être parvenus à la Société le 1[er] juin prochain, et les récompenses de 1000 et de 500 fr. seront décernées le 15 août suivant.

La fondation d'un vaste hôpital à Suez, par le vice-roi d'Egypte, pour recevoir les pèlerins de la Mecque à leur passage, ne sera pas moins utile. Mais, de toutes ces mesures prophylactiques, la plus sûre, la meilleure et la plus radicale est, sans contredit, d'aller arrêter le fléau à sa source en en prévenant le développement, soit dans l'Inde, soit dans la Turquie d'Asie. En prenant cette généreuse initiative, le gouvernement français s'est acquis des droits à la reconnaisance universelle,

et la conférence sanitaire internationale qui va s'ouvrir en Orient, à ce sujet, ajoutera encore à tout ce qu'il a déjà fait dans cette contrée en faveur du progrès et de l'humanité. Déjà la commission turque, chargée d'aller à la Mecque et à Médine pour étudier les causes de la transmission de l'épidémie et proposer les moyens d'y remédier, a quitté Constantinople et s'est embarquée à Suez.

Aussi est-il juste d'associer à ce grand acte ceux qui en ont primitivement émis l'idée et ont pu contribuer ainsi indirectement à sa réalisation. Il est encore plus glorieux de concevoir un plan, d'élaborer un projet, que de les exécuter, et l'on peut surtout s'en montrer fier et jaloux quand la France s'empare de cette exécution. C'est ainsi qu'un médecin publiciste italien, le docteur Galligo (de Florence), a l'un des premiers conçu l'idée de ce plan. Dans un article de l'*Opinione* du 23 août, et intitulé : *Il cholera, l'igiene ed il diritto internazionale, appello alle nazioni civili*, il proposait un accord entre les gouvernements, afin de s'entendre dans un Congrès international sur les mesures préventives à prendre, et dont la nécessité était démontrée par les récents et trop douloureux événements. Suivant le *Diritto* du 4 novembre, ce projet aurait même été soumis, par M. Torelli, au Conseil des ministres du roi d'Italie, qui n'aurait pas agréé de prendre l'initiative de ce Congrès sanitaire international, et c'est alors qu'il en aurait communiqué officieusement l'idée à M. Drouyn de Lhuys. Mais il faut reconnaître que plusieurs voix françaises, sans être aussi catégoriques, avaient déjà formé des vœux dans le même sens. Entre autres celle du docteur Maurin, dans le *Courrier de Marseille*, et, plus récemment, celle du rédacteur de l'*Union médicale*. M. le docteur Bonnafont avait aussi renouvelé une proposition semblable, faite dès 1849 d'aller étouffer le monstre dans son repaire en hygiénisant la vallée du Gange. Enfin, l'Espagne avait, bien antérieurement, promulgué ce droit d'intervention sanitaire internationale et formulé une proposition identique par l'organe d'un de ses hygiénistes les plus distingués. Le docteur Monlau dit, en effet, au paragraphe 169 de ses *Éléments d'hygiène publique* : « Il serait digne des gouvernements européens d'accélérer cette œuvre de salut universel (la destruction de la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique) en intervenant pacifiquement pour que l'Orient, l'Amérique intertropicale, l'Inde, etc., entreprissent la désinfection de ces localités et déterminassent ainsi l'extinction

des endémies meurtrières qui leur sont spéciales. » On voit qu'il serait assez difficile d'attribuer la priorité à qui de droit dans ce concert de propositions et de vœux similaires. Le mieux est de n'en pas faire question, comme M. Galligo en a donné publiquement l'exemple dans l'*Italie* du 7 novembre, par la raison « que de telles idées sont si naturelles, logiques et justes, qu'elles peuvent naître simultanément dans plusieurs esprits à la fois. » C'est une compétition égoïste et vaine que d'en agir autrement.

Diarrhée prémonitoire. Cet excellent signe avant-coureur de l'invasion a continué d'attirer l'attention. M. Guérin, surtout, qui le premier l'a signalé en 1832, a voulu montrer par la statistique qu'il était presque constant. S'il a admis des exceptions, ce n'est que pour confirmer la règle. Renchérissant encore sur ces données, pour en marquer la constance, M. Pitel, de Louviers, a émis cette proposition : *On n'a le choléra à l'état grave que quand on veut bien l'avoir.* Mais il n'y a là qu'un défaut d'observation ou un système trop exclusif. On sait qu'il y a des choléras secs, et que ce sont les plus dangereux. Il y a aussi bon nombre de choléras foudroyants. D'ailleurs, il résulte de l'enquête générale du Comité consultatif d'hygiène, pendant l'épidémie de 1853-54, sur la statistique de laquelle se fondent les partisans exclusifs de la diarrhée prémonitoire, que sur 974 cholériques, 740 seulement l'avaient eue. Les 234 restants ne sont donc pas une simple exception, et c'est ce que M. Pellarin a eu surtout le mérite de signaler et de soutenir.

Tant qu'une diarrhée est bilieuse, aqueuse ou glaireuse et ne revêt pas l'aspect riziforme, il est impossible de l'appeler prémonitoire, car on ne sait si elle aboutira au choléra. C'est ainsi qu'à Paris, pendant cette courte épidémie, il y a eu de nombreux troubles gastriques, des dérangements intestinaux, mais sans caractère tranché le plus souvent. On ne peut donc dire que ce soit là un prodrome. (*Acad. des sc.*, octobre.)

De l'aveu de la plupart des praticiens qui ont écrit à ce sujet, d'accord en cela avec le rédacteur en chef de l'*Union médicale*, l'épidémie actuelle n'a nullement été précédée de manifestations prodromiques. Elle s'est établie d'emblée par des cas isolés d'abord, limitée dans un foyer circonscrit et se propageant de là dans un autre en s'étendant ainsi, comme MM. Chauffard, Marrotte l'ont signalé. (*Union médicale.*)

Pour M. Worms, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, la limonade sulfurique est le remède *infaillible* contre la diarrhée prodromique. 3, 4 et même 5 grammes d'acide sulfurique concentré, suivant la gravité du cas, sont dilués dans un kilogramme de décoction de salep avec 150 grammes de sirop de sucre. Le malade en boit un verre d'heure en heure, en se rinçant la bouche après. On rapproche cette dose de demi en demi-heure dans le choléra confirmé. Les vins blancs et de Champagne, la glace, sont permis à l'exclusion de tout autre liquide alcoolique ou aqueux. La persistance des vomissements n'a rien de défavorable et annonce une heureuse terminaison. (*Acad. de méd.*, octobre.)

On s'étonne de voir des propositions aussi hardies, avancées sans preuves à l'appui, ce qui en atténue l'importance surtout en présence de ce fait que la limonade sulfurique avec l'eau de Rabel, employée dans les précédentes épidémies, n'a pas produit ces effets merveilleux entre les mains de praticiens recommandables. Le succès serait donc exclusivement dans la formule de M. Worms et la manière d'employer ce prétendu spécifique. Réduite à ces termes, la question se résout d'elle-même.

Isolement des malades. Cette grande mesure a été prise pour la première fois dans les hôpitaux de Paris, à la suite d'une conférence des chefs de service dans laquelle cette question a été soulevée et votée presque à l'unanimité. Le grand nombre de cas intérieurs dans les épidémies précédentes en a été le premier et le principal motif. Ainsi, en 1853-54, pour 4,746 cas de l'extérieur admis dans les hôpitaux, on compte 2,006 atteintes de l'intérieur, soit 42 pour 100 ou le tiers environ du chiffre total.

En y ajoutant 199 cas développés dans les hospices, on a un total de 2,205 cas intérieurs ou une proportion de 46 pour 100.

Les hôpitaux avaient été, sous ce rapport, moins maltraités en 1849, car sur 9,754 cholériques, en arrêtant l'épidémie à la fin du mois de septembre, on trouve 7,352 cas extérieurs et 2,402 cas intérieurs, c'est-à-dire la proportion de 33 pour 100 des seconds aux premiers ou un quart du chiffre total.

Quant à celle de 1832, il n'y a guère à en tenir compte sous ce rapport, à cause de circonstances spéciales dans lesquelles elle s'est présentée à cet égard.

Il semble, au premier abord, assez facile d'expliquer cette proportion considérable des cholériques à l'intérieur au début de l'épidémie. La population des hôpitaux se compose de gens affaiblis par la misère et par la souffrance ; beaucoup sont affectés de maladies qui, par leur nature et par leur siége, les prédisposent singulièrement à subir les atteintes du fléau. Est-il donc si étonnant que ce soit là que le choléra frappe ses premiers coups, et que les premières victimes soient aussi nombreuses?

Le second motif a été que, pratiqué à la fin de l'épidémie de 1854 à l'Hôtel-Dieu, cet isolement, loin de créer un foyer d'infection dangereux, semblait avoir été favorable, puisque dès lors, les cas intérieurs y avaient été moins nombreux et la mortalité avait de même été inférieure à d'autres hôpitaux où il n'était pas pratiqué.

C'est surtout au commencement et à la fin de l'épidémie que cet isolement a paru nécessaire ; au commencement pour prévenir la contamination, à la fin parce que les cas intérieurs sont beaucoup plus fréquents qu'à toute autre époque et semblent augmenter à mesure que l'épidémie décroît au dehors.

Exemple le résultat général des derniers mois de l'épidémie de 1849 :

	Cas extérieurs.	Cas intérieurs.
Juillet	344.	279
Août.	517.	379
Septembre	351.	320
Octobre.	25.	79

Ce chiffre élevé des cas intérieurs lorsque l'épidémie décroît, s'explique facilement lorsqu'on sait que c'est surtout dans les lits des salles réservées aux cholériques qu'ils se sont manifestés.

Beaujon, dans ses	60 lits des salles réservées, a eu		36 cas intérieurs.	
La Charité. . .	90	—	53	—
Saint-Louis . .	137	—	50	—
Necker.	26	—	3	—
Ste-Marguerite.	60	—	10	—

Le danger ressort donc là non pas de l'accumulation des cholériques dans une même salle, mais d'y placer immédiatement d'autres malades après eux. D'où l'indication de les laisser vacants un certain temps pour obtenir tout le profit de cet

isolement; bénéfice impossible à réaliser s'il n'était pas pratiqué. (*Soc. méd. des hôpit.*, octobre.)

L'expérience dira si cet isolement a les avantages que l'on en attendait. Mais ne semble-t-il pas plus logique, au lieu de réunir les cholériques dans des salles spéciales des hôpitaux, d'installer des salles provisoires dans les divers quartiers de la ville, dès que le fléau se manifeste? L'isolement ainsi pratiqué serait dans tous les cas bien plus réel et plus efficace.

Traitement. Dans une visite aux hôpitaux, M. J. Guyot a vu à Lariboisière, dans le service de M. Hérard, comme à l'Hôtel-Dieu, chez M. Horteloup, une malade au moins, sur trois, guérie, gaie, demandant à manger; une malade sur trois, en excellent état de réaction, de coloration, de circulation et de calme; une malade, à peine sur trois, en état de lutte entre la médication et le choléra. Entre les mains de ces deux grands praticiens, la médication stimulante et évacuante était la base principale des traitements et la cause déterminante de la plupart des guérisons.

Le thé au rhum (125 grammes de rhum environ pour 875 grammes de thé) était la tisane de la réaction et du réchauffement la plus employée. Au début de l'accès, à Lariboisière, les élixirs, la Chartreuse, ont été administrés avec succès. A l'Hôtel-Dieu, on donnait le rhum par une et deux cuillerées à bouche, dans des cas avancés, suivis de guérison. Mais l'ipécacuanha, à la dose de 1 à 2 grammes, est le plus souvent nécessaire et très-employé à l'Hôtel-Dieu comme à Lariboisière, soit dans les vomissements spontanés persistants, soit dans les vomissements provoqués par l'ingestion des stimulants diffusibles alcoolisés ou des alcooliques.

Le sous-nitrate de bismuth, dans les cas de diarrhée persistante, a été fort employé à Lariboisière et à l'Hôtel-Dieu : le sulfate de soude à l'Hôtel-Dieu, mais peu ou point à Lariboisière; une défiance théorique s'attache à ce laxatif salin, le plus grand et le plus sûr diarrhéostatique et anticholérique dans les dysenteries prémonitoires du choléra; le quinquina et ses préparations, l'éther en gouttes, en potion ou en lavement, jouent un rôle encore important dans les traitements; un peu de musc à l'Hôtel-Dieu, très-peu d'opiacés, avec quelques autres médicaments pharmaceutiques, figurent sur un troisième ou quatrième plan dans l'arsenal de nos habiles confrères.

Comme moyens physiques, la glace pour apaiser les ardeurs ou les vomituritions à l'intérieur ; à l'extérieur, les frictions, l'incubation ou les bains d'air chauds, les vésicatoires, les sinapismes, l'électricité, etc., sont employés selon les besoins et avec avantage.

Le régime alimentaire est l'objet d'une attention spéciale, non pour être amoindri, supprimé, mais, au contraire, pour qu'il réponde aux besoins exprimés et pour l'imposer même à la répugnance naturelle à la maladie spéciale : les bouillons, les potages, les soupes épaisses, sont donnés aussitôt que possible ; et les aliments solides, pain et viande, quand les sécrétions salivaires permettent de les avaler ; l'eau rougie, le vin pur, le vin de Bordeaux surtout, sont, avec raison, libéralement accordés par M. Hérard. (*Union méd.*, n° 125.)

Ammoniaque. En fluidifiant le sang et en excitant le système nerveux, l'ammoniaque remplit les deux indications principales suivant M. Carrière. M. Foissac n'est pas moins favorable à l'emploi de cet agent (*Union médicale*). Nous croyons que des faits seuls peuvent entraîner la conviction à cet égard, après les insuccès dont il a été l'objet dans les épidémies précédentes.

C'est ce que M. E. Fournier a compris en fournissant une série de 13 observations dans lesquelles le traitement suivant lui a constamment réussi.

Dans les cas de diarrhée simple, avec pesanteur de l'estomac, traits grippés caractéristiques, tenir le malade à la diète, et lui faire prendre, toutes les demi-heures une cuillerée à soupe d'une potion de 120 grammes renfermant 2 grammes d'ammoniaque et dix gouttes de laudanum. Mais il est juste d'ajouter encore que ce n'est là qu'un des nombreux moyens employés suivant la période et la gravité des cas. Les lavements *très-chauds* en sont surtout l'auxiliaire.

Chlorure de sodium. En raison de la grande proportion qu'on en trouve dans les déjections, M. Richard, imitant la pratique de Chomel et Aran, l'a donné à l'intérieur à l'hôpital Saint-Antoine, dans un julep contenant 8 grammes et aromatisé avec le sirop d'orange. Une cuillerée à bouche toutes les demi-heures. On y ajoute au besoin 12 à 15 gouttes de laudanum. On administre concurremment la même dose en lavement. Bon nombre de guérisons s'en sont suivies. (*Bull. de thérap.*, octobre.)

Il faut dire pourtant que les moyens adjuvants ont pu avoir

autant de part, sinon plus que le remède principal, à ces guérisons. Tels sont les vomissements avec l'ipéca au début, l'enveloppement dans le drap mouillé, les boissons chaudes, stimulantes ensuite, etc., etc. Dans ces conditions, comment attribuer le succès au sel?

Cuivre. A l'asile d'aliénés de Marseille, sur moins de 1000 habitants, il y a eu, du 29 juillet au 14 octobre, d'après M. Lisle, médecin en chef, 68 cas parfaitement caractérisés, 40 hommes et 28 femmes, dont 33 mortels chez 17 hommes et 18 femmes.

Des 14 premiers malades hommes, traités par les moyens ordinaires, 12 sont morts, les 2 autres ont eu une convalescence des plus difficiles.

C'est alors que dans un cas grave arrivé à la période algide, M. Lisle essaya la solution de sulfate de cuivre à la dose de quatre gouttes avec deux gouttes de laudanum de Sydenham dans une cuillerée d'eau sucrée. Une heure et demie après, un changement inespéré s'était produit : les crampes et les vomissements avaient diminué de fréquence et d'intensité ; l'expression de la physionomie était moins anxieuse; la chaleur revenait peu à peu ; la langue surtout et l'haleine étaient moins froides ; cependant le pouls restait insensible et la diarrhée était encore abondante. Il prépara immédiatement une potion contenant cinq gouttes de laudanum et dix gouttes de la solution de sulfate de cuivre, qui fut administrée d'abord par cuillerées, puis par demi-cuillerées, et d'heure en heure.

Vers le soir, les crampes cessèrent complétement, et un peu après les vomissements. Le pouls et la chaleur revinrent dans la nuit ; la diarrhée, après avoir diminué également pendant la nuit, était à peu près insignifiante dès le matin du second jour. Enfin, quoique la soif fût encore très-vive, la malade se trouvait déjà si bien qu'elle parlait de manger. La potion cuivreuse fut prise tout entière et ne fut pas renouvelée.

Cependant la période de réaction fut laborieuse et exigea un traitement énergique (*une saignée le troisième jour, sangsues aux tempes, deux purgatifs, et enfin toniques*). Deux jours après l'invasion de la maladie, la malade put aller dans son pays, et aujourd'hui elle se porte à merveille.

Ce fait assez concluant fit cesser toute hésitation, et depuis lors tous les cholériques de l'asile ont été soumis au même

traitement, dont voici la composition : Avec une solution au 20e de

Sulfate de cuivre.	5 grammes.
Eau distillée.	100 —

on compose une potion contenant :

Solution de sulfate de cuivre au 20e. . . .	1gr,50
Laudanum de Sydenham.	10 gouttes.
Eau sucrée.	120 grammes.

Cette potion est administrée au malade *le plus près qu'il est possible* du début de la maladie, à l'exclusion de toute autre médication : dans les cas très-graves, par cuillerée à café de quart d heure en quart d'heure ; par demi-cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure dans les cas moyens, en commençant parfois même par une cuillerée entière, et enfin d'heure en heure dans les cas légers. On continue ainsi jusqu'à ce que la chaleur soit revenue à la peau et à la langue, et que le pouls se soit un peu relevé. Ensuite les prises ne sont plus données que toutes les trois ou cinq heures, et l'on cesse complétement aussitôt que l'état du malade permet d'espérer que la période algide est terminée. Telle est la marche suivie à peu près constamment, mais qui peut être modifiée suivant les circonstances.

Des 26 cholériques soumis à ce traitement, 5 seulement sont morts. 21 ont été guéris, et, chez le plus grand nombre, la convalescence a été prompte et de peu de durée. La maladie réelle et sérieuse n'a guère duré plus de vingt-quatre, quarante-huit ou peut-être soixante-douze heures, et la convalescence, six, huit, dix ou quinze jours ; chez le plus grand nombre aussi, la période de réaction a été nulle ou tout à fait insignifiante. Et, chose digne de remarque, les principaux symptômes (crampes, vomissements, froid, diarrhée) ont suivi à peu près constamment, dans leur diminution et leur disparition successives, la même marche que chez la malade dont l'observation est résumée plus haut.

Cependant tous ces malades étaient aussi gravement atteints que les premiers; tous, à une exception près, avaient des déjections abondantes par haut et par bas, dont la matière était des plus caractéristiques ; tous avaient des crampes plus ou moins violentes; chez tous, le dernier excepté, les urines ont été supprimées pendant plus de vingt-quatre heures, et, chez plusieurs, pendant deux ou trois jours ; tous, moins trois ou

quatre, offraient des traces évidentes de cyanose, avaient la langue et les extrémités froides à des degrés variables, le pouls petit, filiforme, et quelques-uns tout à fait insensible.

Pour donner toute leur valeur à ces faits, il faut dire quelques mots des morts. Le premier était atteint de paralysie générale arrivée à sa dernière période. Il était retenu au lit, depuis près de deux mois, par une de ces diarrhées ultimes que rien n'arrête. On peut dire que le choléra n'a réellement frappé qu'un cadavre.

Le second est mort en sept heures d'un de ces choléras secs qui, au dire de tous, tuent plus promptement et plus sûrement que l'autre. Il n'avait pu prendre que deux cuillerées de la potion cuivreuse.

Un autre est frappé subitement par des symptômes tellement graves, que, dès la première vue, tout traitement parut inutile. Le sulfate de cuivre fut néanmoins administré, et parut enrayer un instant la marche de la maladie ; les vomissements, très-fréquents, cessèrent même entièrement vers la troisième heure : mais les autres symptômes s'aggravèrent rapidement, et le malade succomba après neuf heures de souffrance.

Les choses se sont passées tout autrement chez le quatrième : cet homme paraissait aussi gravemement atteint pendant les premières heures que le précédent ; le pouls surtout était complétement insensible, et est resté tel pendant onze heures au moins ; cependant une amélioration lente, mais constamment progressive, se manifesta sous l'action du sulfate de cuivre ; si bien que, vers la vingtième heure, le patient paraissait entrer en pleine réaction. Cet état dura deux jours, et le malade avait déjà pris un peu de bouillon et de vin, lorsqu'il tomba dans un grand affaissement suivi d'un coma profond, dont ne purent le sortir ni des sinapismes fréquemment répétés, ni un large vésicatoire appliqué sur la région épigastrique, qui paraissait très-douloureuse, ni, enfin, dix sangsues.

La quantité de sulfate de cuivre absorbé a varié ainsi de 0,04 à 0,20 et même 0,23 centigrammes, c'est-à-dire que chaque malade a pris, depuis la moitié seulement de la potion indiquée ci-dessus, jusqu'à deux et même trois de ces potions. Mais dans ces derniers cas la convalescence a toujours été longue et difficile. Elle a présenté d'abord quelques symptômes cérébraux assez sérieux : subdélirium ou même délire pendant la nuit, assoupissement plus ou moins profond, et

même un peu de coma ; puis un état adynamique inquiétant qui, chez une sœur hospitalière, entre autres, a duré dix à douze jours, et a exigé l'emploi de trois purgatifs salins et ensuite du quinquina.

Ces symptômes étaient-ils uniquement la suite de la perturbation profonde imprimée à toute l'économie par le choléra durant sa période algide ? Cela est fort possible. Cependant il est permis de croire que le cuivre n'y est pas resté complétement étranger. En voici les motifs : l'absorption étant très-peu active pendant la période algide du choléra, les doses successives du médicament ingéré s'accumulent peu à peu dans l'estomac, surtout lorsque les vomissements ont cessé. Il arrive alors nécessairement que, lorsque la période de réaction commence, la faculté d'absorption se réveillant avec énergie, une quantité de sulfate de cuivre, qui peut varier entre 5 et 10, ou même 15 centigrammes, est portée rapidement dans le torrent de la circulation et détermine chez le sujet des phénomènes d'intoxication d'autant plus graves que l'absorption aura été plus considérable.

Ainsi s'expliqueraient, en partie du moins, les symptômes ataxiques et adynamiques présentés par quelques-uns des malades, et mieux encore le coma profond et les convulsions qui ont précédé la mort de trois d'entre eux, ainsi qu'on l'a vu plus haut. Si cette observation est juste, il en surgirait une indication nouvelle, qui consisterait à neutraliser l'excès du sulfate de cuivre ingéré, soit en faisant vomir le malade dès le début de la période de réaction, soit en lui administrant une quantité suffisante de fer réduit par l'hydrogène. La seule malade où cette indication ait été remplie a paru s'en trouver très-bien. Elle avait pris 0,20 centigrammes environ de sulfate de cuivre, dont l'action toxique a été prévenue à la fin du deuxième jour de la maladie par l'administration de 0,40 centigrammes de fer réduit par l'hydrogène. Trois jours après elle a pu se lever, et sortir de l'infirmerie le septième jour. (*Union méd.*, n° 127.)

Sans pouvoir détruire cette dernière opinion de notre savant confrère, nous devons dire ici avoir observé ces mêmes phénomènes ataxo-adynamiques chez une cholérique qui n'avait pas pris de cuivre, et qui succomba le huitième jour, après deux jours de convalescence. A part cette réflexion, on ne peut s'empêcher de reconnaître une grande importance à ces faits venant d'un

médecin aussi distingué et honorable que le directeur de l'asile de Marseille.

Deux cholériques, la mère et la fille, traitées à Paris suivant cette méthode par M. Blandet, sont rapidement entrées en réaction et ont guéri (*Union méd.*, n° 131). Mais elle échoua dans un troisième cas. Sur sept cas, M. Pellarin a également obtenu cinq succès et il est juste d'ajouter que dans les deux autres, au lieu de la solution cuprique c'était le sel lui-même qui avait été administré en potion, d'une manière peu suivie et très-irrégulièrement. Preuve qu'il ne faut pas, en expérimentation thérapeutique surtout, s'écarter des formules modèles si l'on veut pouvoir conclure rigoureusement. (*Idem*, n° 134.)

Enduits imperméables. De ce qu'ils réussissent contre les inflammations aiguës de l'abdomen et du bassin en suspendant la calorification, M. le docteur Drouet en a inféré, on ne sait trop en vertu de quel raisonnement, qu'ils devaient réussir contre la diarrhée cholérique et appliquant du collodion mélangé d'un cinquième d'huile de ricin sur toute la paroi abdominale dans 45 cas environ de ce genre, un effet diamétralement opposé s'en est suivi, c'est-à-dire une douce chaleur locale après cinq minutes, augmentant graduellement au point de devenir *considérable*, tout en restant *agréable et bienfaisante*. Après vingt-quatre heures souvent, sinon dans la demi-journée, la diarrhée était arrêtée sans autre remède.

Il en a été de même dans 6 cas de choléra algide, confirmé. Un seul malade est mort après une réaction puissante de deux heures. L'auteur conclut donc à la toute puissance de ce moyen contre la diarrhée prémonitoire et même contre le choléra confirmé lorsqu'il est employé deux à trois heures après l'invasion. (*Union méd.*, n° 131.)

Si les motifs qui ont conduit l'auteur à ces applications ont lieu de surprendre à cause de la différence d'aspect et de nature d'une inflammation franche du péritoine ou de la matrice avec une diarrhée cholérique, les résultats ne sont pas moins étonnants, car ils sont contradictoires en théorie comme en pratique à tout ce qui a été publié jusqu'ici sur les effets des enduits imperméables.

C'est à l'acide phénique, produit purifié de la créosote, dont il n'a pas l'odeur repoussante, que l'on donne généralement la

préférence en Italie. Toute la presse s'en occupe, et le docteur Ferrari écrit d'Ancône « que, contre les vomissements et la diarrhée, la créosote est le remède héroïque. » Le professeur Pacini, qui l'avait recommandée, dès 1855, comme astringent et antiseptique, la prescrit de nouveau contre la diarrhée prémonitoire sous la formule suivante :

Créosote ou acide phénique. . . .	5 gouttes.
Sirop de cédrat	30 grammes.
Eau	150 —

Une cuillerée toutes les deux heures ou plus souvent, suivant la gravité des cas, comme moyen d'arrêter la transsudation aqueuse, empêcher le ferment cholérique et la chute de l'épithélium intestinal. On y joint l'opium pour favoriser la tolérance quand le choléra est déclaré.

A défaut de pouvoir le faire supporter par la voie gastrique, on l'administre en lavements. Il est aussi employé en lotions avec parties égales d'alcool comme un révulsif plus puissant que la moutarde. On en fait des aspersions comme désinfectant. Tel est l'engouement dont il est l'objet, que l'on ira bientôt jusqu'à en faire un spécifique, sans citer aucun nouveau succès bien concluant à l'appui.

Contre les *crampes* spécialement, M. Wahu conseille, pour l'avoir fait avec succès, de véritables embrocations *loco dolenti* avec le chloroforme. Tandis que l'un verse, l'autre étend le liquide en frictionnant. (*Journ. des conn. méd.*)

Le redressement lent, méthodique des articulations crampées est le meilleur moyen de les faire cesser immédiatement, suivant M. Guyon. (*Acad. des sc.*)

Au lieu des grands bains de moutarde préconisés par plusieurs praticiens, c'est sous forme de cataplasme que M. Brochin applique ce puissant révulsif dans la période algide. 2 kilogrammes de farine de moutarde sont placés dans un grand vase, mis en consistance de cataplasme et étendus sur une couverture de laine dans laquelle le malade est roulé de la tête aux pieds (*Gaz. des hôp.*). Il n'y a qu'un inconvénient à ce remède, c'est l'odeur pénétrante qui doit se dégager et irriter considérablement les muqueuses oculaires et nasales des malades et des assistants.

Choléra infantile. *Sous-nitrate de bismuth.* Dans une épidémie que M. Jardin, médecin à Connaux (Gard), a observée

dans ce pays en 1860, il s'est bien trouvé particulièrement de l'usage interne du sous-nitrate de bismuth, qu'il considère comme un spécifique de cette redoutable maladie. Il était, dit-il, vraiment extraordinaire de voir combien le vomissement cédait rapidement à l'ingestion de 10 à 20 doses en général; la diarrhée était plus rebelle.

Il l'administre de préférence en poudre à la dose de 25 à 40 centigrammes, que l'on dépose sur la langue du petit malade en le mettant au sein aussitôt après ; il avale ainsi le médicament avec le lait. On peut aussi le déposer sur le mamelon humecté, mais le mieux est de l'administrer dans une cuillerée de tisane, de lait ou de bouillon. La dose journalière était ainsi de 2 à 8 grammes. (*Rec. de la Soc. de med. d'Indre-et-Loire.*)

Il faut dire toutefois que des frictions stimulantes étaient pratiquées concurremment et que la decoction blanche était aussi donnée à l'intérieur. On ne peut donc savoir la part exacte qui revient au sous-nitrate de bismuth dans le succès.

Frappé du prix énorme de ce médicament, M. Garraud, de Laval, l'a remplacé par le silicate de magnésie et de chaux en poudre, dont l'aspect et les propriétés sont analogues, le prix seul diffère beaucoup, puisque celui-ci ne revient qu'à un centime le gramme, suivant M. Grassi. Employée contre les diarrhées cholériformes, cette poudre a été aussi efficace que celle du bismuth, et suivant M. Trousseau, elle peut la remplacer dans toutes ses applications comme absorbant. (*Journ. de méd et de chir. prat.*, novembre.)

CHORÉE. Son siége dans la moelle épinière a été mis en évidence par l'expérience suivante. Un chien atteint d'une chorée générale et occupant toutes les régions de la tête, du tronc et des membres, fut sacrifié à l'école vétérinaire de Lyon, par la section de la moelle épinière au niveau de l'espace atloïdo-occipital. Au lieu de mourir asphyxié en quelques minutes, comme cela arrive généralement, l'animal vécut encore trois heures environ. Les convulsions persistèrent, notamment dans le diaphragme, dont l'intermittence et le rhythme entretinrent ainsi la respiration et la vie.

Une seconde expérience a confirmé de même que sa cause est bien dans une action réflexe de la moelle épinière. Une chienne atteinte de convulsions choréiques du membre antérieur

droit ayant été inutilement traitée fut sacrifiée de la même manière que dans le cas précédent. L'insufflation pulmonaire est pratiquée pour remplacer l'action spasmodique du diaphragme, et dès lors rien n'est changé dans les convulsions du membre atteint que l'abolition des mouvements volontaires rend même plus appréciables. On voit alors qu'elles s'étendent dans les muscles de la masse commune, et dans ceux de la queue du même côté et jusque dans les extenseurs des doigts du membre antérieur gauche. Une section entre les deux dernières vertèbres dorsales fait cesser subitement la convulsion des muscles en arrière de cette section. Puis, en cessant la respiration artificielle, elle cessa dans la patte droite avec les mouvements du cœur.

Or, étant prouvé que l'axe médullaire perd ses propriétés vitales presque immédiatement après la mort, et que le pouvoir réflexe cesse avec les battements du cœur, tandis que la motilité persiste un temps plus ou moins long si la section des nerfs musculaires ne vient l'interrompre instantanément, il est prouvé par cet exemple que la persistance des convulsions pendant la respiration artificielle et leur cessation immédiate ne pouvaient y être entretenues que par l'action réflexe de la moelle épinière. Reste à déterminer l'influence qui la met en jeu. (*Mém. de la Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1864.)

Étant reconnu que l'aliénation mentale en est souvent l'aboutissant, M. Thore a montré, par le résumé des travaux publiés sur ce sujet et deux observations originales, que dans ce cas la chorée est rarement isolée et que l'on n'a pas assez tenu compte de ses complications dans l'explication pathogénique des troubles intellectuels (*Ann. méd. psycholog.*, mars). Ce serait donc moins la chorée qui y conduirait que les antécédents des malades, ce qui rentrerait dans l'étiologie ordinaire de la folie.

Traitement. L'aphorisme suivant a été trouvé dans les notes cliniques de Bretonneau :

XXXIV. — Le nitrate d'argent est un excellent remède contre la danse de Saint-Guy ; j'en ai fait prendre plus de 4 onces à un jeune homme de la ville, que vous avez peut-être remarqué à cause de la couleur bronzée de sa peau, couleur qu'il conservera probablement toute sa vie. Chez lui, la maladie était héréditaire, et portée à ce point qu'il était très-difficile de le faire manger ; le nitrate d'argent seul a pu triompher de cette affection nerveuse si rebelle.

Fève de Calabar. A l'exemple du docteur Harley et d'autres praticiens anglais, le docteur M. Laurin a employé la teinture de ce nouveau médicament à la dose de 2 gouttes par jour, équivalant à 8 grains de la fève. C'était chez un garçon de neuf ans atteint depuis plus d'un mois, et qui ne pouvait plus ni marcher ni se servir. Entré à l'hôpital de Greenwich, il s'améliora bientôt sous l'influence de ce médicament, sans nul accident. (*Lancet*, n° XIV.)

CHROMIDROSE. Chromidrose jaune. Variété observée par M. de Moerloose sur une fille hystérique de vingt-trois ans qui, à la suite de troubles menstruels, présentait sur la face une couleur jaune brunâtre se perdant insensiblement sur le cou, vers les clavicules. Cette matière colorante, qui s'enlève avec l'huile, est insoluble dans l'alcool et l'éther et inattaquable avec l'acide sulfurique. MM. Coppee, Van Wesemael, Ingels et de Moerloose ont vu la couleur enlevée se reproduire sous leurs yeux ; la reproduction était plus facile quand la température était plus élevée. (*Soc. de méd. de Gand*, octobre 1864.)

C'est donc là un fait analogue à la couleur bleue ou noirâtre dont plusieurs exemples sont relatés dans le traité de la chromocrinie cutanée de M. Le Roy de Méricourt.

CIRRHOSE. Cirrhose pulmonaire. Si la pénétration des poussières organiques et inorganiques dans les voies aériennes est démontrée aujourd'hui, il n'en est pas de même de la nature des lésions organiques qu'elles provoquent. Les opinions varient à ce sujet suivant la nature des poussières inspirées et les symptômes observés. Pour les uns, c'est la phthisie pulmonaire, pour d'autres, c'est l'emphysème, l'asthme, un catarrhe particulier ou une maladie spéciale appelée anthracose. Par des expériences suivies d'autopsies sur des lapins et la relation de sept observations complètes avec autopsie de tailleurs de pierre, M. Feltz, chef des cliniques à l'hôpital civil de Strasbourg a constaté à l'aide du microscope une altération cirrhotique, une cirrhose pulmonaire bien définie ayant de nombreux points de ressemblance avec la tuberculose, et qui ne s'en distingue qu'à la troisième période. On explique ainsi la méprise, et si l'on ajoute que les ouvriers prédisposés à la tuberculose y succombent bien réellement, on comprend les dissidences qui se sont produites à cet égard.

Comme dans l'évolution tuberculeuse, la cirrhose pulmonaire compte trois périodes : dans la première, il y a hypertrophie et multiplication des cellules plasmatiques par la division des noyaux des anciennes, absolument comme la prolifération de ces cellules qui caractérise la première phase du processus tuberculeux. Dans la seconde période, les cellules néoplasiques deviennent fusiformes, s'accolent par leurs bouts, et par leur accumulation donnent lieu à de petits noyaux blanchâtres très-apparents, absolument semblables aux nodosités blanchâtres de la seconde phase tuberculeuse. Mais tandis qu'à la troisième, ces cellules passent à la dégénérescence graisseuse dans le tubercule qui est ainsi ramolli, les fuseaux deviennent fibres au contraire dans la cirrhose; il y a formation complète de tissu fibreux parfaitement reconnaissable à l'œil nu ; il n'est autre que du tissu de cicatrice ordinaire. Ce tissu néoplasique sillonne en tous sens le parenchyme pulmonaire, car l'irritation s'étend du tissu connectif des bronches au tissu connectif interlobulaire et sous-pleural.

Il est ainsi impossible de distinguer une nodosité tuberculeuse du bouton de cirrhose sans le microscope. Or, dans la plupart des autopsies de tailleurs de pierre, il est question de *tubercules crus*. On les eût appelés de même dans trois ou quatre des observations de M. Feltz sans l'examen microscopique. L'erreur est donc expliquée.

La cirrhose pulmonaire entraîne consécutivement une espèce d'emphysème décrit par Rokitansky le premier et confirmé par plusieurs autres observateurs. Il est caractérisé par la dilatation des lobules et l'effacement de leurs alvéoles, et ressemble à celui que produirait une ligature jetée sur une portion du poumon.

Le docteur Jordan confirme cette distinction anatomique par la distinction des symptômes observés pendant la vie parmi les aiguiseurs sur acier des fabriques de Suhl (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, avril). Tout se borne pendant de longues années, dit-il, chez les ouvriers qui commencent à aiguiser tard et qui n'ont pas de dispositions aux maladies chroniques du poumon, à un état asthmatique sans diminution des forces, précédé depuis longtemps par la toux et accompagné d'une expectoration abondante de mucosités et de grumeaux de poussière. Cette dyspnée assez intense est avec la toux le seul symptôme incommode, et l'on ne trouve à l'exploration qu'un thorax proéminent et bombé en avant, d'une circonférence agrandie et un élargis-

sement des intervalles intercostaux, d'une sonorité remarquable partout avec une respiration bronchique mêlée de bruits divers. Cet état se prolonge pendant plusieurs années, et il n'est pas rare alors de voir ces ouvriers atteindre la cinquantaine, qui est la vieillesse pour un aiguiseur.

Un signe non mentionné encore par les auteurs distingue péremptoirement cette affection de la phthisie : c'est l'absence d'hérédité sur laquelle insiste l'auteur. Ses observations particulières et des recherches multipliées dans une localité aussi bien placée pour cette enquête lui ont démontré que les aiguiseurs, à l'époque où ils présentent la maladie parfaitement caractérisée, engendrent des enfants sans la moindre disposition à la même maladie.

Chez les ouvriers jeunes, au contraire, ou ceux qui portent le germe de la tuberculisation pulmonaire, la toux et la dyspnée, débutent simultanément ; la première, d'abord sèche, devient purulente après plusieurs crachements de sang, et fréquemment mêlée de concrétions calcaires. On observe une chute rapide des forces, de l'amaigrissement, etc., et le malade présente les phénomènes bien connus de la phthisie pulmonaire, auxquels se joint la colliquation au dernier moment. Tel est le sort des apprentis appelés très-jeunes à l'aiguisage, et qui périssent misérablement entre vingt à trente ans.

C'est ainsi que chez les tailleurs de pierre on ne rencontre pas toujours cet état cirrhotique ; parfois, c'est une ulcération du parenchyme pulmonaire, déjà signalée par M. Desayvre (de Chatellerault) et même une véritable évolution tuberculeuse dans quelques cas. D'où M. Feltz conclut que les poussières, chez les tailleurs de pierre, provoquent un travail inflammatoire qui conduit presque toujours à la cirrhose pulmonaire, quelquefois à l'ulcération du parenchyme et à la tuberculose seulement, quand il y a prédisposition du sujet. (*Gaz. méd. de Strasb.*, n°s 2 et 3.)

Ce mémoire, suivi d'une bibliographie très-complète, apporte ainsi des éclaircissements pathogéniques sur cette question tant controversée de la nature de la maladie des ouvriers qui inspirent des poussières et notamment des tailleurs de pierre. L'examen microscopique des poumons des mineurs, des charbonniers, des boulangers et de tous ceux qui, par leur profession, sont exposés à inspirer des poussières, permettra de juger à l'avenir si l'observateur alsacien a bien vu.

Une observation recueillie au Val-de-Grâce est entièrement favorable aux idées de Corrigan sur ce sujet. Le poumon gauche adhérait à la plèvre, et son tissu intervésiculaire ayant subi une transformation cellulaire, les bronches ont dû céder à la rétraction du nouveau tissu fibreux et à la pression atmosphérique, en constituant ainsi une dilatation ampullaire consécutive à une pneumonie chronique.

Le tissu était dense, imperméable, criant sous le scalpel et constitué par un tissu conjonctif remplaçant le tissu pulmonaire en voie de métamorphose régressive et que M. Cruveilhier a appelée *métamorphose fibreuse*.

Au sommet, où la lésion était moins avancée, les cavités étaient dues à la dilatation des bronches tapissées par la muqueuse pâle et amincie et dont la structure fibreuse a été éclairée par le microscope.

L'absence de tubercules et les symptômes observés avaient permis à M. Laveran de supposer cette altération spéciale. En effet, la diminution d'étendue du poumon gauche, nettement déterminée par l'auscultation, la matité inférieure, la diminution du bruit respiratoire, et dans les inspirations fortes, un souffle bronchique intense, indiquaient à la fois l'existence de l'atrophie et de l'induration.

Le gargouillement abondant était en rapport avec l'existence des cavités ampullaires, tandis que la persistance du bruit vésiculaire au niveau des points où s'entendait le gargouillement, éloignait la pensée d'une caverne. Ce phénomène a surtout frappé M. Laveran, ainsi que l'inconstance des bruits stéthoscopiques se modifiant d'un jour à l'autre et pour ainsi dire sous l'oreille de l'observateur, ainsi que l'avait signalé Rapp. (*Gaz. hebd.*, n° 19.)

CLIMATOLOGIE. Des observations météorologiques complètes de M. Houzeau, à Rouen, avec des papiers réactifs, il résulte que la fréquence de l'activité chimique de l'air atteint son maximum au printemps (mai et juin) pour diminuer sensiblement en été et beaucoup en automne ; elle tend, au contraire, à reparaître à la fin de l'hiver, où elle devient surtout appréciable au mois de mars.

Si l'examen de l'air, restreint ainsi à une seule localité, n'autorise pas à généraliser de suite les conclusions qu'on en déduit relativement à l'influence que les saisons semblent exercer

sur les propriétés de l'atmosphère, au moins rend-il cette influence assez probable pour que les météorologistes songent sérieusement à la vérifier ailleurs.

La coïncidence de l'exaltation chimique de l'air avec le *réveil de la nature* ne saurait davantage échapper à l'attention des médecins et des agronomes, qui trouveront dans cette étude une source de nouvelles observations aussi utiles à l'hygiène qu'à l'agriculture. (*Acad. des sc.*, avril.)

M. Schnepp a montré, par des rapprochements comparatifs avec les lieux élevés où la phthisie est rare ou absente, que par ses conditions d'altitude météorologiques et thermiques. Eaux-Bonnes, surtout dans les mois les moins chauds, au printemps et à l'automne, se rapprochait beaucoup de ces climats salubres. Conclusion : c'est qu'un séjour prolongé dans cette station thermale peut être aussi utile aux poitrinaires que sur les plateaux élevés des Andes et des Indes orientales, où ont été établis des *sanatoria* à cet effet (voy. PHTHISIE). Sous ce rapport, les hauteurs des Cévennes, des Alpes et surtout les lieux élevés en Algérie pourraient être étudiés au même point de vue, afin de servir au besoin de sanatorium pour nos phthisiques.

Climats de l'Afrique septentrionale, de l'Italie et du midi de la France, par le docteur B. Schnepp, inspecteur adjoint aux Eaux-Bonnes. Un volume in-12.

Climatologie des stations hivernales du midi de la France, par le docteur de Valcourt. In-8° de 205 pages. Thèse inaugurale soutenue à la Faculté de Paris et ayant obtenu une distinction honorable au concours annuel. *Germer Baillière.*

Résumé précis de tous les travaux pratiques faits sur les stations de Pau, Amélie-les-Bains, Hyères, Cannes, Nice, Menton, avec détermination, d'après leurs principaux caractères et de nouvelles observations météorologiques faites simultanément en 1862 et 1863, des indications qu'elles présentent aux malades. Des considérations sur la curabilité de la phthisie terminent cette monographie. Basée principalement sur les travaux antérieurs, elle contient une bibliographie des ouvrages consultés. Mais si l'on aime à trouver cette déférence chez un auteur pour ses devanciers, on veut aussi connaître son opinion personnelle, le résultat de ses investigations. Or, quoique M. de Valcourt ait visité, habité même les lieux dont il parle, par un excès de modestie sans doute, ses appréciations sont presque

nulles, sinon il faut les chercher dans les nombreuses citations qu'il fait comme l'expression de sa pensée et la conclusion de ses recherches.

Venise et son climat, par le docteur Ed. Cazenave. 78 pages in-8°. Contrairement à ses collègues en hydrologie, qui publient chaque année un travail afférent à leur spécialité, l'auteur, médecin consultant aux Eaux-Bonnes, s'occupe de climatologie. Il faut le féliciter de cette heureuse alliance, car ces deux branches d'histoire naturelle ne devraient jamais se séparer au point de vue médical. Qui dira si, dans ces mille stations minérales, le climat, le changement de lieu, n'agissent pas concurremment avec les eaux dans les effets qu'on leur attribue, de même qu'ils doivent se confondre avec ceux du climat à Venise? C'est pourquoi une grande précision serait nécessaire dans cette brochure. Dominé par la grandeur du spectacle, l'auteur s'est au contraire laissé entraîner dans des généralités déjà connues sans rien ajouter de nouveau.

Des localités désignées pour l'établissement des colonies militaires indigènes dans la province de Constantine, au point de vue de la salubrité, par le docteur L. Th. Martin, médecin aide-major de 1re classe. In-8°.

COEUR. PHYSIOLOGIE. Par de nouvelles recherches expérimentales sur la circulation pulmonaire et les différences d'action entre les cavités droites et les cavités gauches, M. Colin a constaté que quoique fonctionnant ensemble, les deux cœurs n'ont point une action identique. Ainsi la force impulsive développée par la systole, mesurée avec deux manomètres est terme moyen, quatre fois aussi grande pour le ventricule gauche que pour le droit. Tandis que sur le cheval de taille ordinaire, celle du premier ventricule s'élève de 115 à 120 kilogrammes, celle du second n'est que de 29 à 30. Cette force est en rapport, dans chacun des cœurs, avec l'épaisseur si différente de leurs parois et avec l'étendue du champ des deux circulations.

La force systolique des ventricules varie d'intensité d'un instant à l'autre, et sous l'influence de plusieurs causes. Ses variations les moins marquées sont liées aux mouvements d'inspiration et d'expiration; les plus étendues dépendent des divers efforts et des obstacles qui peuvent être apportés au cours du

sang. Elle diminue dans les systoles qui coïncident avec la dilatation du thorax, et augmente dans celles qui correspondent à son resserrement. Au moment des violents efforts musculaires, la force du ventricule gauche s'accroît d'un cinquième, d'un quart, d'un tiers et même d'une moitié de son intensité moyenne. Celle du ventricule droit s'élève au double et parfois au triple de son chiffre normal. Le manomètre montre clairement que les efforts, quels qu'ils soient, déterminent une gêne plus prononcée dans la petite circulation que dans la circulation générale. C'est pour cette raison qu'ils sont infiniment plus pénibles pour le cœur pulmonaire que pour le cœur aortique; aussi tendent-ils à y produire l'anévrysme et à occasionner l'oppression, les palpitations, dès que l'amincissement des parois est devenu un peu sensible.

Les quantités de sang qui abordent à chaque moitié du cœur ou qui en sortent dans le même temps ne sont point égales pour les deux. L'oreillette droite, qui a une capacité bien supépérieure à la gauche, se vide moins que cette dernière, lors de leur systole commune; une partie de son contenu n'est point lancée dans le ventricule correspondant et se divise en deux fractions : l'une qui demeure là, l'autre qui reflue dans les veines caves. L'oreillette gauche, au contraire, se débarrasse à peu près complétement de son sang à chaque contraction ; elle n'est pas le point de départ d'un reflux sensible du côté des veines pulmonaires. Le mouvement d'expiration, qui est pour sa congénère la cause du reflux, en devient pour elle un puissant obstacle.

L'injection sanguine effectuée par les ventricules dans les systèmes artériels n'est point uniforme des deux côtés. Le ventricule droit a un débit très-inégal. Au moment de l'inspiration, il se remplit mieux et lance une plus grande quantité de sang dans le poumon, dont les vaisseaux s'agrandissent. Lors de l'expiration, il se remplit moins et injecte moins de liquide dans l'organe pulmonaire. Toutefois, si, à ce dernier moment, il contient trop de sang, sa systole est incomplète. L'observation attentive de ses mouvements montre que pendant l'expiration il ne se vide pas au même degré que l'autre. L'excédant de capacité qu'il a sur le gauche a évidemment pour but de lui permettre, d'une part, de recevoir et de lancer des ondées tour à tour fortes et faibles, et, d'autre part, de conserver ou de tenir en réserve les fractions d'ondées que le poumon, dans les

périodes d'affaissement, n'est pas en état d'admettre. Mais, quelles que soient ces différences, il s'établit une compensation. un véritable balancement entre les deux cœurs. Si le droit reçoit et injecte plus de sang que l'autre dans l'inspiration, ce dernier prend sa revanche dans l'expiration. Les efforts seuls, dans les circonstances physiologiques, peuvent rompre cet équilibre.

La pression du sang dans le système artériel pulmonaire est, en moyenne, à peu près égale au cinquième de celle du sang des artères aortiques. Elle est extrêmement influencée par les mouvements du thorax et par les causes diverses qui modifient le rhythme de la respiration. Ainsi, elle diminue au moment de l'inspiration et augmente lors de l'expiration d'une manière très-marquée. Par le fait des efforts, elle peut atteindre et même dépasser un chiffre double de celui qui représente son intensité normale : dans ces conditions, elle égale le tiers et jusqu'à la moitié de celle du sang aortique. Au delà de ces limites, elle ne serait plus compatible avec le degré de résistance des minces parois artérielles du poumon, surtout au niveau de leurs petites divisions, dans les lobules et les dernières ramifications bronchiques. C'est là qu'a lieu, en effet, la rupture des artérioles, sous l'influence des efforts qui élèvent la pression du sang à son maximum.

Quant à la vitesse de la circulation pulmonaire, elle est moindre que celle de la circulation générale, le plus grand trajet d'une ondée sanguine étant dans le poumon de quatre à six fois plus court que dans le système vasculaire général. Le jeu du thorax la rend inégale ; il l'accélère et la ralentit d'une manière alternative. Le caractère saccadé des courants pulmonaires s'exagère au plus haut degré, par suite des efforts même les moins énergiques. (*Acad. des sciences.*)

Cardiographie. Il résulte des expériences de M. Marey avec le sphygmographe sur les animaux de diverses espèces et sur l'homme en particulier que la respiration agit sur les battements du cœur en faisant onduler la ligne d'ensemble du tracé et en donnant aux pulsations qui se produisent pendant l'inspiration une amplitude et une forme différentes de celles qui correspondent à l'expiration. L'arrêt en produit le ralentissement avec diminution d'intensité des battements, ce qu'il explique par la difficulté plus grande du passage du sang au travers du

poumon, quand celui-ci ne respire pas ; interprétation parfaitement d'accord avec les phénomènes résultant de l'obstacle à la respiration.

Les battements du cœur augmentent alors, proportionnellement à l'étendue, la prolongation de l'inspiration. Voy. PNEUMOGRAPHIE.

Contrairement à M. Marey, attribuant les ondulations des tracés de l'oreillette, pendant la systole ventriculaire, aux vibrations de la valvule, M. Onimus dit qu'elles sont dues aux vibrations de la membrane du tambour, car une membrane soulevée avec force ne peut ainsi rester immobile, elle exécute forcément un mouvement de va-et-vient qui, transmis au levier enregistreur, produit ces petites ondulations des tracés. Autrement, ce serait une ligne ascendante presque égale à celle du ventricule qui se produirait si l'oreillette en était la cause. (*Journ. d'anat. et de physiol*, juillet, p. 344.)

Théorie nouvelle de l'occlusion auriculo-ventriculaire. Contrairement aux théories régnantes à ce sujet, M. Onimus admet qu'elle est déterminée par l'effacement complet de l'orifice résultant de la contraction des fibres circulaires qui le rétrécissent en partie et au rapprochement des parois qui, s'appliquant en ce point l'une contre l'autre exactement, interceptent toute communication entre l'oreillette et le ventricule. S'il en était autrement, dit-il, — que les valvules se redressent pendant la systole et fassent l'office de soupapes, suivant la théorie de M. Bouillaud ; qu'elles soient soulevées par la pression du sang, suivant celle de MM. Chauveau et Marey, ou par engrenage, comme le veut M. Parchappe, — le sang du ventricule n'étant séparé du sang de l'oreillette que par ces valvules, il y aurait à chaque contraction un pouls veineux, suivant cette loi de physique que la pression se transmet toujours d'un liquide à un autre, lors même qu'ils sont séparés par une membrane, à moins d'une rigidité complète que ne peuvent acquérir ces valvules. Les bruits attribués à leur tension devraient être uniformes dans leur timbre, leur siége, leur manifestation, et il n'en est rien. Le premier bruit devrait continuer malgré la section des colonnes charnues, suivant la théorie de MM. Chauveau et Marey, et eux-mêmes ont établi le contraire par une expérience concluante. D'ailleurs, la persistance du bruit, malgré l'obstacle au soulèvement des valvules et son abolition par

la section des cordages tendineux, montre bien l'inanité de cette dernière doctrine, et les expériences sur le débit systologique du sang témoignent qu'il n'en peut rester dans le ventricule, comme cela ne manquerait pas d'avoir lieu dans l'impasse auriculaire si elle se produisait ainsi par le soulèvement des valvules.

Après avoir ainsi combattu une à une et dans tous leurs détails les théories existantes et montré qu'elles se contredisent et s'infirment l'une l'autre par la disposition anatomique différente des ventricules, de leurs parois mobiles et fixes, de leurs fibres, des valvules et des muscles papillaires, il rapporte tous les témoignages en faveur de l'abaissement actif de la valvule opéré par ces muscles papillaires lors de la contraction. Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire à ce moment est dû au rétrécissement des capacités ventriculaires par les parois externes, qui ne peuvent se rapprocher de l'axe du cœur qu'en rétrécissant les orifices dont une partie repose sur elles. Il ressort surtout de l'application de la photographie telle qu'il l'a faite à l'étude des mouvements du cœur et qui montre la diminution de son diamètre transversal à la base, comme elle a, d'ailleurs, été constatée à l'œil nu.

L'effacement complet de cet orifice résulte de la disposition en 8 de chiffre des fibres unitives dont il donne les dessins d'après M. Verneuil, lesquelles tendent, en se contractant lors de la systole, à rétrécir et effacer complétement les orifices auriculo-ventriculaires. La direction des fibres des muscles papillaires n'y contribue pas moins. Il suit de là que les altérations du tissu musculaire du cœur doivent, bien plutôt que les altérations valvulaires, produire et rendre compte des phénomènes pathologiques attribués à celles-ci. Dans ses observations d'asystolie avec bruit de souffle au premier temps et à la pointe, M. Parrot n'a pu ainsi en trouver la cause à l'autopsie, comme on le verra plus loin.

Le serrement du doigt introduit dans l'orifice pendant la systole, qui résulte du témoignage de tous les expérimentateurs, est la meilleure preuve physiologique et la plus convaincante de cette théorie. L'empoisonnement par la digitaline, en faisant contracter le cœur, la confirme. Les orifices auriculo-ventriculaires sont ainsi considérablement rétrécis. Enfin, si l'on introduit un tube de verre assez résistant par une plaie faite à l'oreillette droite d'un chien, chez lequel on pratique la respiration

artificielle de manière que son extrémité dépasse à peine l'orifice auriculo-ventriculaire, et que la valvule puisse jouer librement, on voit à chaque systole le sang s'élever dans le tube et même en jaillir. Preuves que les valvules ne ferment pas l'orifice et qu'il s'efface par le resserrement.

L'absence de valvule dans le cœur droit des oiseaux, remplacée par un muscle très-fort, un véritable sphincter, est une autre preuve indirecte qui a bien aussi sa valeur.

Quant à l'usage des valvules, en les destituant du rôle d'obturatrices auriculo-ventriculaires, basé sur leur forme frangée et la direction de leurs points d'attache, M. Onimus en interprète différemment l'action. La grande valve gauche de la valvule mitrale aurait pour effet, attirée en bas, de séparer en deux la cavité du ventricule et de protéger ainsi l'orifice aortique en empêchant la compression, l'occlusion par la paroi externe. Son existence avec la même disposition et la même direction chez tous les animaux en montre l'importance extraordinaire en physiologie aussi bien que la gravité de ses lésions en pathologie.

L'action principale des autres franges valvulaires serait d'empêcher, dans la période présystolique, le sang qui se trouve près de l'orifice de refluer dans l'oreillette et, par leur rétraction consécutive en bas, de chasser le sang qui se trouve entre elles et les parois correspondantes, les fonctions sont appuyées par le raisonnement et la pathologie. C'est ainsi que la transformation cartilagineuse, crétacée ou fibreuse de ces franges valvulaires, en empêchant le rapprochement des parois, l'occlusion de l'orifice, produit les accidents de l'insuffisance. C'est aussi pourquoi les symptômes sont identiques dans l'absence ou l'adhérence des valvules, comme en témoignent les auteurs.

Elles auraient en outre pour effet, en remplissant le rôle d'aponévroses flottantes, de mettre plus directement en contact les parois des orifices, en les rendant régulières et lisses. Tout semble donc confirmer que les orifices auriculo-ventriculaires s'effacent par la contraction de leurs fibres, comme l'anus, le pylore. C'est pourquoi l'orifice aortique, composé de tissu fibreux, avait besoin d'un mode d'occlusion exceptionnel auquel les valules sigmoïdes ont spécialement pourvu. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, juillet.)

Pathologie. *Asystolie primitive.* Considéré jusqu'ici comme

le résultat des lésions cardiaques, ce phénomène paraît avoir une autre origine. Suivant M. Parrot, un obstacle à la circulation pulmonaire pourrait y donner lieu, en provoquant la dilatation, l'hypertrophie des cavités droites du cœur et l'insuffisance des valvules, notamment de la tricuspide. Ce serait donc là une asystolie spéciale, primitive dans le domaine du cœur bien que secondaire dans le processus morbide général. Sur sept malades observés à la clinique de l'Hôtel-Dieu, dont il rapporte les observations, l'asystolie existait ainsi avec des lésions du cœur droit exclusivement. Six n'avaient jamais subi d'atteinte rhumatismale, le souvenir en remontait à quarante ans chez le septième, sans qu'il en eût éprouvé d'accident consécutif; au contraire, tous étaient atteints d'affections pulmonaires chroniques : sclérose, adhérences pleurales, bronchite, emphysème vérifiés par l'autopsie et dont l'existence avait précédé les troubles survenus du côté du cœur. Or ces causes, en constituant des obstacles très-réels à la circulation pulmonaire et aidées d'autres causes déprimantes, comme un logement insalubre, une alimentation insuffisante et un travail excessif, sont considérées comme l'origine du mal, dont voici le tableau symptomatique.

Les malades, assis sur leur lit, soutenus par un entassement d'oreillers, la tête renversée en arrière ou tombant sur leur poitrine, sont en proie à une dyspnée douloureuse; les sterno-mastoïdiens, les scalènes et tous les muscles qui sont habituellement dans un état de demi-repos ou même complétement immobiles, ici sont agités par des contractions énergiques. Les yeux, humides, sont injectés et saillants, la bouche est entr'ouverte, toute la face a une teinte bleuâtre, surtout apparente aux lèvres et au nez ; l'haleine est souvent aride, la voix difficile et entrecoupée. Les pieds et les mains sont froids et cyanosés; les jugulaires font une saillie permanente sur le cou. Toujours très-accentuée au niveau des parties déclives, l'infiltration œdémateuse des tissus est souvent généralisée. Le pouls très-fréquent, de 100 à 128, petit, intermittent, disparaît sous la moindre pression du doigt; enfin, l'ataxo-adynamie du cœur, que nous annoncent déjà ces anomalies des pulsations de la radiale, est encore caractérisée par une augmentation considérable de son volume, par l'irrégularité, l'éloignement, la faiblesse des bruits normaux, et par des battements tantôt faibles, tantôt violents et tumultueux.

Ce tableau est donc le même, à s'y méprendre, que celui qui caractérise l'asystolie de M. Beau ; mais voici qui distingue celle-ci en particulier. C'est un bruit anormal du cœur existant dans 5 cas à la partie la plus interne du quatrième espace intercostal, une fois dans le cinquième à gauche du sternum et une autre au-dessus de l'appendice xiphoïde. Se prolongeant quelquefois en haut, il s'affaiblit rapidement pour disparaître même dans une zone peu éloignée du siége de son retentissement maximum. Là, il masque tout à fait le premier bruit normal ; ailleurs, il laisse percevoir avec une grande netteté le double bruit physiologique. Il est donc court et appartient au premier temps de la mesure cardiaque. Il existait dès le premier examen chez six malades, et il a persisté jusqu'à la mort ans modification sensible quant au siége et au rhythme. Chez ne malade qui est revenue à la santé, il a disparu avec les utres accidents du cœur, et d'un appareil symptomatologique ussi grave il n'est resté qu'une légère irrégularité des bruits hysiologiques.

L'absence constante de toute lésion du cœur gauche pouant expliquer le souffle du premier temps distingue encore ette asystolie. Dans les six cas où l'autopsie a été faite, les cavis droites et notamment celle du ventricule étaient considéblement amplifiées, l'orifice auriculo-ventriculaire mesurait 104 à 153 millimètres, la tricuspide ne pouvant plus l'obrer. Cette modification dans le mécanisme valvulaire suffit à oduire le souffle du premier temps et comme il n'y avait dans cœur aucune autre lésion capable de l'expliquer, on doit nclure que l'insuffisance de la tricuspide est à la fois la conion nécessaire et suffisante de la production de ce souffle. est ainsi qu'il est perçu tout à fait à droite et qu'il tend à se opager de bas en haut dans la direction du reflux du sang du ntricule dans l'oreillette.

Un autre signe de cette asystolie est le pouls veineux des gulaires, qui a été constaté chez tous les malades jusqu'à la ort. Il avait une ampleur et une telle force dans un cas, qu'il voyait à distance, et qu'appliquant le doigt sur la veine, on ait une sensation analogue à celle que donne le choc d'une ère de gros calibre. Ce sont donc là deux signes distinctifs écieux ; aussi l'auteur les appelle-t-il bruit et pouls veineux *ystoliques*.

Quant à la formation de cette asystolie, l'hypergenèse du

tissu conjonctif et la bronchite chronique, l'emphysème, le granulations miliaires avec toutes leurs conséquences constituen des obstacles tels à l'introduction de l'air dans les vésicules e à la circulation du sang dans le système capillaire du poumon que l'on peut bien l'expliquer ainsi. C'est le cœur droit, en effet qui ressent le contre-coup de ces troubles pulmonaires. La sus pension de la respiration amène ainsi un retard dans la circula tion du cœur droit, tandis qu'il n'en est rien dans le cœur gau che. Si donc les maladies du cœur exercent une influenc fâcheuse sur la respiration, il n'est pas moins juste de se préoc cuper des accidents que les affections pulmonaires peuvei exercer sur le cœur droit.

Sous cette influence, le ventricule droit peut bien en effe résister pendant un certain temps, mais bientôt il se laiss distendre de plus en plus, et sous la pression considérable qu subissent ses parois, l'externe est repoussée en dehors, étant l plus faible, entraînant les valves et les cordages de la tricus pide auxquels elle fournit des insertions. L'ajustement des bord valvulaires est ainsi dérangé et la communication avec l'oreil lette devient libre. L'orifice auriculo-ventriculaire est d même élargi, et deux causes conspirent simultanément ain au reflux du sang ventriculaire dans l'oreillette et les grosse veines qui s'y abouchent. Cette insuffisance de la tricuspid laisse immobile une masse de sang veineux, noir, mort bien plus abondante et dangereuse que par l'inocclusion d la valvule mitrale et les sigmoïdes. Non-seulement parc qu'il est impropre à la nutrition, mais par sa stagnation dan les parois, il en trouble, en arrête la circulation par la dila tation des veines coronaires. De là la gravité de cette forme d l'asystolie et la production du bruit anormal et du pouls vei neux qui en sont les signes. (*Archiv. de méd.*, avril et mai.)

De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur *cœur droit;* thèse inaugurale par le docteur X. Gouraud, ancie interne lauréat des hôpitaux de Paris.

L'originalité de cette dissertation académique l'a fait distin guer par la Faculté qui l'a couronnée. Elle consiste surtout montrer que l'embarras de la circulation pulmonaire peut déter miner l'insuffisance des valvules du cœur droit, et en particu lier de la tricuspide, se révélant par un bruit de souffle au pre mier temps et à la pointe. C'est précisément le nouveau sign de l'asystolie primitive, relaté plus haut par M. Parrot, on n

saurait donc plus douter de sa réalité ni de sa pathogénie. Toutefois, M. Soulier n'admet pas que cette insuffisance par trouble de la petite circulation, soit une affection cardiaque durable, ce ne serait qu'un trouble physiologique, bien différent en cela de l'insuffisance organique (*Journal de méd. de Lyon*, août). Quoi qu'il en soit, M. Gouraud étudie avec soin tous les phénomènes congestifs secondaires résultant de cette insuffisance, dont il établit ensuite le diagnostic d'une manière positive. Ce travail prendra donc une place distinguée dans la pathologie du cœur.

Lésions valvulaires. Leur rapport avec l'hémiplégie aphasique a été établi par M. Hughlins-Jackson, — voy. APHASIE, et avec la diphthérite par M. Bridger. Voy. DIPHTHÉRITE.

Hypertrophie du ventricule gauche. De nouvelles observations très-probantes de M. Olivier en ont établi la coïncidence avec l'albuminurie. Voy. ce mot.

Polypes. Si le diagnostic de ces productions morbides est à peu près impossible, par l'obscurité des symptômes et leur confusion avec ceux des altérations organiques du cœur autant que par la rareté des faits observés, l'observation suivante, recueillie à la Charité par le chef de clinique, M. Proust, mérite d'être connue comme un exemple de l'embarras et des causes d'erreur que ces cas suscitent au praticien, aussi bien que de la réserve qu'il doit observer.

Il s'agit d'un ébéniste de cinquante-huit ans, admis le 16 juillet 1864 avec de la dyspnée, essoufflement, oppression et battements de cœur. La pointe de cet organe battait dans le septième espace intercostal, mais ne se détachait pas nettement ; le cœur était donc augmenté de volume. L'étendue de la matité confirmait cette hypertrophie. La palpation révélait un frémissement vibratoire et des battements irréguliers que l'auscultation rendait encore plus manifeste ; bruits intermittents et inégaux, le premier recouvert d'un bruit de souffle assez doux dont le maximum paraissait à la pointe. Correspondant aux contractions cardiaques, le pouls était petit, inégal, irrégulier, intermittent, de 88 à 92. Les veines jugulaires, notablement gonflées, présentaient le pouls veineux.

Ces troubles étaient accompagnés d'un embarras de la circulation capillaire révélé par les lèvres violacées, pommettes ecchy-

motiques, œdème des membres inférieurs augmenté par la station et la marche. Pas d'ascite ni de développement marqué du foie, mais il y avait des vertiges, tête lourde et le malade disait être de temps à autre sur le point de perdre connaissance.

Rien de notable dans la poitrine, jamais d'hémoptysie ; l'appétit était bon et les urines normales. Pas de traces de cachexie.

Tous ces accidents ne remontaient qu'à quatre mois après un assez violent coup sur le côté droit reçu à cette époque ; puis tous les symptômes s'étaient développés graduellement. Il n'y avait jamais eu de rhumatisme ni de douleurs articulaires. Une affection organique du cœur était cependant évidente ; l'intégrité de la circulation pulmonaire, sans trace de congestion ni d'œdème, ne permettait pas d'accuser le cœur droit. Enfin le développement brusque et la marche rapide et continue de la maladie pouvait bien faire suspendre tout diagnostic précis, plutôt que de voir là une insuffisance mitrale.

Après la mort, survenue le cinquième jour, on trouve le cœur ayant 14 centimètres transversalement et 13 de haut en bas. Il est mou et peu consistant. Les orifices du cœur gauche sont libres, tandis que l'oreillette droite est remplie par une tumeur pédiculée dont l'insertion est sur la cloison. Elle tombe par sa pesanteur sur l'orifice auriculo-ventriculaire et exerce une pression sur les orifices aortique et auriculo-ventriculaire gauche. Sa forme, irrégulièrement ovoïde, présente des bosselures molles, des duretés, des masses calcaires. Elle est recouverte d'une membrane lisse, mince, se continuant avec l'endocarde, et offre ainsi l'apparence d'une projection polypiforme (*Gaz. méd.*, décembre 1864). Si ce fait, joint aux quatre à cinq autres semblables existant dans les annales de la science et que l'auteur rappelle, montre l'impossibilité d'un diagnostic rigoureux, il doit montrer à savoir le suspendre quand l'appareil symptomatique n'autorise pas à se prononcer.

Atrophie. Un homme de quarante et un ans entre à l'hôpital civil d'Alger, service de M. Ferrus. Il parle d'une voix languissante, reste toujours couché, souvent assoupi ou plongé dans une sorte de stupeur ; voici ses antécédents :

Il y a deux ans qu'il commença à se sentir de la faiblesse dans les jambes ; un peu plus tard il passa plusieurs mois à la salle Saint-Vincent pour des ulcères autour des malléoles et rentra plusieurs fois à l'hôpital pour des douleurs rhumatis-

males et autres maladies. Il paraît avoir éprouvé, de temps à autre, des *syncopes*.

Depuis huit jours, il rend des crachats mêlés d'une matière jaune-brun qui leur donne quelque ressemblance avec des taches de chocolat et qui exhalent une odeur fétide ; les dents sont gâtées et l'haleine a la même odeur. Ce malade ne paraît pas hypochondriaque ; il dit n'avoir pas de force pour se servir de ses bras, ni même les soulever, et être *très-sensible au froid*. Dix-sept jours avant son entrée, ayant été surpris par la pluie, il a éprouvé un grand malaise, et depuis il va de mal en pis. Appétit faible ; pas de vomissements ; selles régulières. Aucune tumeur à la région épigastrique ; la pression n'est pas douloureuse. *Pouls petit, concentré.* A l'auscultation, *impossible de percevoir les battements du cœur.* Les organes respiratoires, examinés une fois, cinq jours avant la mort, donnent en avant une sonorité exagérée ; obscurité du murmure respiratoire. En arrière et à gauche, absence de murmure vésiculaire ; à droite, il est obscur ; matité à la partie inférieure de la poitrine ; à la percussion, absence absolue de toux et de douleur.

Les crachats bruns, rares les premiers jours, devinrent plus abondants vers le 20 février. Le malade en rejetait à volonté. Il commença simultanément à vomir ses aliments ; *mais les vomissements ne contenaient aucune matière particulière.* Régime habituel : crème de riz ou potage au lait, avec eau de Seltz et potion laudanisée. En peu de temps, il perd son embonpoint et les couleurs qu'il avait encore à son entrée ; *sa peau devient terne, sèche, écailleuse*, et se détache en pellicules, surtout à la face ; la prostration fait des progrès effrayants, l'appétit disparaît tout à fait et *un état semi-comateux se déclare.*

Le 2 mars, le crachoir du malade contient près de 150 grammes de cette matière liquide, noirâtre, fétide, au milieu de laquelle on aperçoit des stries d'un sang rouge.

La muqueuse buccale et pharyngienne est livide, violacée ; mais ne paraît ni ramollie ni ulcérée. Dans la nuit du 4 au 5 mars, *cauchemars affreux ;* le matin, *il se réveille en criant, il est effrayé, il saute sur son lit.* On le contient avec peine, et alors il fond en larmes. Pendant le reste du jour il est assez tranquille. La nuit suivante, *les mêmes phénomènes se reproduisent*, et il meurt le matin, 6 mars, avant la visite.

A l'autopsie, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, les intestins sont à l'état normal. En incisant le foie, un sang noir ruisselle

sur les coupes. La partie supérieure des deux poumons ne présente aucune altération, si ce n'est un peu d'emphysème ; mais le tissu des lobes inférieurs est *ramolli, infiltré de sang*, il se laisse déchirer facilement et forme alors une sorte de pulpe qui rappelle le tissu de la rate.

Le cœur est atrophié, surtout à droite; le ventricule loge juste le pouce, le gauche est beaucoup plus spacieux. Les parois de l'organe sont flasques, molles, graisseuses.

Cette atrophie du cœur suffit-elle pour expliquer, outre la congestion hypostatique des poumons, les symptômes notés pendant la vie? La question est difficile. Pourtant, l'impossibilité de découvrir les bruits du cœur, la sensibilité au froid, les syncopes, les cauchemars, la prostration des forces, etc., sans affirmer une relation directe entre ces phénomènes et l'atrophie du cœur, en sont des indices très-probables. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, octobre.)

Des accidents cardiaques graves rappelant ceux de la myocardite, comme palpitations violentes, incessantes, parfois irrégulières, prolongement frémissant des bruits, battements violents des carotides, souvent oppression, anxiété, manque d'air, ont été observés par le professeur Löschner chez des enfants et des adultes à la suite d'un bain trop chaud suivi de refroidissement. Ils sont surtout dangereux chez les enfants et chez les adultes atteints de syphilis. La nutrition générale paraît avoir subi une atteinte profonde; l'amaigrissement est rapide et alors que les malades ne succombent pas, ils ont à subir les tortures d'une angoisse, atroce comme s'il y avait paralysie du cœur. L'anasarque survient souvent dans les derniers jours.

Les tempérants, la digitale, les acides, le repos absolu, les fomentations froides sur la région précordiale, les lotions tièdes, des boissons aqueuses abondantes, des inspirations profondes, fréquentes, sont les moyens les plus utiles à employer. (*Prager Vierteljahrschr.*, 1864.)

Voy. Pouls veineux, Rupture.

Traitement. Une nouvelle source d'indications thérapeutiques dans les maladies du cœur, pour le docteur Ferrand, est la tension vasculaire; qu'elle résulte d'une impulsion extraordinaire du cœur, ou de l'embarras dans les capillaires, de la qualité ou de la quantité du sang, source toute physique et

pour ainsi dire mécanique. L'indication de ce phénomène est dans le pouls. La faible tension est ainsi exprimée par le pouls vite, saillant, dépressible, onduleux ; le pouls lent, concentré, dur, résistant, indique au contraire une tension trop forte. Le sphygmographe appliqué à l'étude de ce phénomène l'a rendu bien plus perceptible par le caractère des lignes qu'il trace sur le papier. Aidé des signes objectifs résultant de l'examen du malade, on acquiert une certitude presque mathématique à cet égard.

La digitale peut ainsi servir comme un puissant sédatif, dans le cas où la tension résulte d'une impulsion cardiaque trop forte. Les frictions, le massage, les lotions chaudes, relâchent la circulation capillaire obstruée. La position horizontale diminue la résistance du cours du sang. Les émissions sanguines, quoique diminuant la tension plus directement, ne doit être employée qu'avec prudence, par crainte de produire un effet contraire. Le recours aux hydragogues est préférable. Ils peuvent même être employés dans la tension artérielle produite par un excès de sérum dans le sang.

Nouveau poison du cœur. Voy. TOXICOLOGIE.

Leçon clinique sur les altérations des orifices cardiaques, faite à l'hôpital Beaujon, par M. Moutard-Martin.

Par la clarté, la précision des détails, cet exposé débrouille admirablement la symptomatologie si souvent obscure, embarrassante de ces affections, et peut servir à tout praticien, au lit du malade, à en poser rigoureusement le diagnostic. (*Union méd.*, n°s 31 et 33.)

Patologia del cuore e dell' aorta (pathologie du cœur et de l'aorte), par le professeur Guido Baccelli (de Rome).

En cours de publication par fascicules, Rome, 1863-65.

COLIQUES. Coliques néphrétiques. En attendant le bain tiède prolongé, qui en est le calmant par excellence, M. Calmarza conseille de recourir au massage de la manière suivante, qui lui a parfaitement réussi dans un cas.

Le patient est couché du côté sain et courbé un peu en avant si la douleur existe un peu haut. Après avoir enduit sa main d'un corps gras, le médecin opère de la main droite, à gauche et *vice versa*, en massant la partie postérieure à cause

de la profondeur du mal, surtout chez les sujets obèses, en lui faisant parcourir incessamment la partie comprise entre le rein et le siége douloureux de l'uretère, et en la dirigeant toujours de haut en bas durant quatre à cinq minutes.

Non-seulement l'urine parvient à franchir ainsi l'obstacle à son cours, ce qui est indiqué par la cessation de la douleur et un bien-être soudain, il arrive encore que souvent l'uretère se dilate assez pour permettre aux graviers engagés d'être entraînés jusqu'à la vessie.

Si ce dernier avantage n'est pas obtenu de suite, et que les douleurs se renouvellent, il faut de même renouveler le massage, même après le bain, s'il n'est pas suivi de calme. (*Espana medica.*)

Coliques saturnines. Chez deux malades qui en étaient atteints dans son service de l'hôpital Saint-Louis, M. Guibout ayant employé vainement ou sans succès marqué les traitements mis ordinairement en usage, et notamment celui de la Charité et la limonade sulfurique, les remplaça par la fleur de soufre exclusivement, à la dose de 16 grammes par jour, à prendre dans du miel ou délayé dans l'eau.

Ce médicament a le double avantage de purger doucement sans coliques, et de neutraliser directement le plomb. Au bout de peu de jours, en effet, les accidents saturnins avaient disparu. (*Bull. de thérap.*, déc. 1864.)

COLLODION. Sa différence de composition, suivant qu'il provient de telle ou telle pharmacie ou de la même officine à des époques différentes, montre, dit M. Adrian, que la préparation n'en est pas aussi simple qu'elle le paraît. Outre le *modus faciendi* qui varie, il y a aussi les éléments de cette préparation, notamment les acides et l'éther, qui peuvent contenir jusqu'à 12 pour 100 d'alcool, sans qu'on puisse le reconnaître, ainsi qu'il appert de son mémoire avec M. Regnault, sur une méthode propre au dosage de l'éther sulfurique (voy. ANESTHÉSIE). Il faut donc recourir à un éther type de composition rigoureuse et constante, c'est-à-dire prendre comme point de départ l'éther pur à 65 degrés, et y ajouter la quantité d'alcool à 90 degrés nécessaire pour former un dissolvant éthéro-alcoolique approprié. Voici, d'après de nombreux essais, la meilleure formule pour faire un collodion propre aux usages thérapeutiques :

Éther pur à 65° C.	64	grammes.
Alcool rectifié à 90°	22	—
Fulmi-coton soluble	7	—
Huile de ricin	7	—

Faites dissoudre le fulmi-coton dans le mélange d'éther et d'alcool, puis ajoutez l'huile de ricin. La forte proportion de fulmi-coton contenue dans ce collodion nécessite de l'étendre avec rapidité.

Contrairement à M. de Robert de Latour, qui l'emploie comme anticalorifique dans les inflammations aiguës de l'abdomen, M. le docteur Drouet l'a vu produire et ramener la chaleur dans la cholérine et même le choléra. Voy. ce mot.

Collodion mercuriel Voy. CONDYLOMES. SYPHILIS.

Collodion morphiné. Voy. NÉVRALGIES.

CONDYLOMES. *Collodion mercuriel.* Vanté l'an passé par MM. Debout et Devergie, dans le zona (voy. ce mot). M. Finco (de Padoue) l'a employé avec succès contre les condylomes. Son malade, âgé de cinquante-six ans, portait autour de l'anus un grand nombre de ces productions d'un volume considérable et que l'application du nitrate d'argent n'avait fait qu'augmenter. Il versa dans un flacon contenant 52 grammes de collodion, 25 centigrammes de sublimé, et après avoir bien agité le mélange, il en appliqua, avec un pinceau à aquarelle, sur les deux plus grosses tumeurs. Le lendemain, elles étaient presque détruites. En seize jours, il en détruisit ainsi plus de soixante, et le malade en fut guéri sans récidive. (*Gazz. med. Lomb.* n° 41.)

CONSANGUINITÉ. En continuant de préoccuper l'attention des physiologistes, cette question reçoit des interprétations différentes. A Rive-de-Gier, ville de 15 000 habitants, les produits de vingt unions consanguines présentent la plus belle constitution et une santé florissante d'après le docteur Hervier, tandis qu'il a rencontré 25 cas de stérilité, 12 de surdi-mutité et 3 de polydactylie dans des unions croisées. De l'aveu même du directeur des sourds-muets de Lyon, les trois quarts sont le produit d'unions non consanguines. Que signifient donc les 600 cas environ invoqués en faveur de la consanguinité ?

Il n'y a donc pas lieu, suivant l'auteur, à attribuer les détériorations organiques à la consanguinité. Le manque de rapports harmoniques de constitution, de tempérament, d'âge, de développement physique, intellectuel et moral entre les conjoints est une cause bien plus prochaine. La supériorité constitutionnelle de la femme sur l'homme, sa prédominance dans l'union est surtout une cause très-active de cette dégénérescence. (*Ann. de la Soc. de méd. de Saint-Étienne*, 4e livraison, 1864.)

Dans l'enquête qui se poursuit de toutes parts sur cet important sujet, M. A. Voisin a apporté un document qui paraît des plus concluants, en montrant que c'est moins l'effet de la consanguinité que de l'hérédité qu'il faut voir, dans les défauts physiques ou moraux des produits des unions consanguines. Tous les voyageurs qui ont visité comme touristes ou comme baigneurs la presqu'île du Croisic (Loire-Inférieure) connaissent le bourg de Batz et ses pittoresques costumes. Issue d'une colonie saxonne, qui s'accrut, il y a quatre ou cinq siècles, de quelques naufragés vénitiens, la population du bourg de Batz et des trois villages qui en dépendent a conservé sa langue, ses mœurs et l'habitude de ne contracter que de rares alliances avec les habitants des communes voisines. Les mariages consanguins sont, par conséquent, fréquents dans cette localité, et durant un mois de séjour, cet observateur y a étudié les ménages entre consanguins qui s'y trouvent actuellement ; il a interrogé les antécédents du mari et de la femme, il les a examinés, eux et leurs enfants, aux points de vue physique et intellectuel, s'est renseigné auprès des anciens du pays, et il a dressé avec ces éléments des tableaux desquels il résulte que la consanguinité n'a amené aucune maladie, aucune dégénérescence, aucun vice de conformation, et que la race est restée très-belle et très-pure.

Il existe en ce moment, à Batz, 46 unions entre consanguins à un degré proche. 5 mariages entre cousins germains ont produit 23 enfants, dont aucun n'est infirme de naissance. Il en est mort 2 de maladies accidentelles. 31 mariages entre cousins issus de germains ont produit 120 enfants, dont aucun n'est atteint d'affection congénitale ni d'infirmité. 24 ont succombé à des maladies. 10 mariages entre cousins au quatrième degré ont donné naissance à 29 enfants, tous bien portants, sauf 3 qui sont morts de maladies aiguës. La santé du père et de la mère de ces individus est ou était très-bonne et exempte

de toute diathèse. Celle aussi de ces individus eux-mêmes et de leurs enfants est excellente.

« Ces faits semblent prouver que dans les conditions dites de bonne sélection, la consanguinité ne nuit en aucune façon au produit ni à la race, mais, au contraire, exalte les qualités comme elle ferait en sens inverse des défauts et des causes de dégénérescence. » (*Ann. d'hygiène et de méd. lég.*, avril.)

Si tous les médecins en faisaient de même dans leurs communes, la question serait bientôt élucidée d'une manière sûre et définitive, car, dans les termes où elle est posée, les médecins seuls peuvent la résoudre. Ainsi l'a bien compris le professeur Mantegazza (de Pavie), rédacteur en chef de l'*Igea*, en tentant de rassembler, de centraliser des documents sur cette importante question. Par une circulaire adressée aux médecins italiens et à tous les journaux de médecine, il les prie, les adjure de recueillir tous les faits à leur connaissance et de les lui transmettre, avec leur appréciation, pour en publier les résultats.

Cette initiative est trop louable et méritoire pour ne pas être signalée. Mais sera-t-elle entendue? A voir l'indifférentisme de tant de médecins ruraux, qui peuvent le mieux contribuer à y répondre, il est à craindre que cette enquête soit incomplète. Tout ce qui n'émane pas du gouvernement, de l'autorité, est souvent négligé par ceux mêmes que la science seule devrait stimuler.

Peut-être est-ce cette considération qui a déterminé le gouvernement français à instituer une enquête administrative sur ce sujet. Ému sans doute des discussions élevées sur cette question sociale et humanitaire, des faits et des raisonnements contradictoires invoqués à l'appui, il cherche à la résoudre par ce moyen. Sans le concours du médecin, la solution n'en peut être concluante, car il ne s'agit plus de constater seulement les résultats des unions consanguines, mais de connaître, de vérifier l'état de santé des conjoints, pour décider si les défauts moraux ou physiques des produits dépendent de l'hérédité ou de la consanguinité.

Une longue enquête du docteur Mittchel, faite à ce sujet en Ecosse, est venue non pas éclairer, mais jeter de plus en plus le doute sur cette question. Quoique son opinion préconçue fût contre la consanguinité, comme il le déclare, ses dépositions sont faites avec une bonne foi qui l'honore. Et cependant il est

remarquable que s'il y a doute, son interprétation est toujours d'accord avec son idée contre la consanguinité; que l'hérédité se confonde avec la consanguinité, et il n'hésite pas à accorder la prédominance à celle-ci. On peut dire qu'il a cherché à faire prévaloir, à justifier son opinion, mais sans y réussir. Du reste la question de l'hérédité est complétement négligée dans la statistique suivante.

Sur 45 mariages entre consanguins observés en 1860, il y en a eu : 8 sans influence fâcheuse, 8 suivis de stérilité.

Les 29 autres ont produit : 8 idiots, 5 imbéciles, 11 aliénés, 2 épileptiques, 4 paralytiques, 2 sourds-muets, 3 aveugles, 2 vues faibles, 3 incurvations rachidiennes, 6 estropiés, 1 rachitique, 22 phthisiques ou scrofuleux.

Une pareille statistique, on le voit, n'aurait de valeur que si la proportion des enfants bien portants était déterminée, ce qui n'a pas lieu. De même l'auteur a oublié de faire entrer ici en comparaison, tous les cas de consanguinité consignés dans son mémoire, et dont les résultats sont contraires à son opinion.

Idiotisme. Sur 711 idiots, 421 provenaient de mariages croisés, 98 de mariages consanguins, 108 de bâtardise, 84 sans renseignements.

L'influence directe de la consanguinité est donc encore ici rien moins qu'évidente ; elle l'est davantage par l'analyse du degré de consanguinité. Ainsi il y avait 42 cas entre cousins germains, 35 cas issus de germains, 21 cas de cousins a 3e degré.

D'où il suivrait que plus la consanguinité est étroite et plus elle est dangereuse. Mais cette conclusion est bien atténuée par le relevé suivant :

Sur 59 unions donnant un total de 150 idiots, 26 unions consanguines en avaient produit 74, et 33 unions croisées 76. L'écart n'est donc pas tel que la démonstration du fait soit bien évidente.

Surdi-mutité. Cet effet n'est pas plus évident. Sur 544 élèves provenant de 504 familles, 28 seulement étaient issus de 24 unions consanguines, d'où il suit qu'en défalquant même 25 pour 100 de surdi-mutité non congénitale, le rapport n'est pas tel que l'on puisse conclure positivement de l'action de l'influence consanguine. (*Ann. d'hygiène publ.*, nos 47 et 48.)

La même conclusion résulte de l'enquête faite par M. Poncet, médecin aide-major, à la Noria (Mexique), où la plupart des familles s'unissent entre elles comme à Batz. Sur 27 unions entre consanguins dont la généalogie est établie, il y a 17 résultats défavorables aux enfants, soit 63 pour 100. Et pourtant sur 39 représentants de l'une de ces familles, il ne s'est trouvé que 3 sourds-muets, une main sans phalanges, un épileptique et un goîtreux-crétin. La mortalité des enfants au berceau paraît considérable, ce qui n'étonnera pas ceux qui connaissent la manière défectueuse dont les nouveau-nés sont élevés au Mexique. D'ailleurs, la comparaison n'est pas établie avec d'autres lieux. La stérilité était de 28 : 100 (*Rec. de mém. de méd. et chir. milit.*, sept.). Outre qu'il est extrêmement difficile de suivre les calculs et les rapports mathématiques de l'auteur avec les signes algébriques employés pour les exprimer, ce travail manque de rigueur, n'ayant pas l'examen de l'hérédité comme critère de la vérité absolue.

Dans une longue revue analytique et critique des divers travaux publiés sur ce sujet, M. Falret conclut qu'ils ont sans doute contribué à éclairer quelques points principaux de cette étude, mais non à résoudre la question sous ses divers aspects. Si les dangers de tout ordre qui peuvent résulter de ces alliances lui semblent rendus probables par les divers documents publiés, la démonstration complète lui en semble encore douteuse. Il croit donc de nouvelles recherches indispensables pour établir la réalité du fait lui-même d'une manière plus rigoureuse et en fixer réellement la signification, pour savoir s'il doit être attribué à la consanguinité seule ou bien à l'hérédité morbide (*Archiv. de méd.*, avril). Assurément une si ample disquisition n'était pas nécessaire pour arriver à une conclusion aussi peu précise. Sur tous les sujets, on arrive au même résultat si l'on ne veut pas mieux serrer ni peser le pour et le contre.

CONTAGION. *Fièvres éruptives.* Suivant M. le professeur Girard de Marseille, elles ne seraient contagieuses que le premier jour, et l'on pourrait prédire avec assurance que les enfants mis en contact avec le malade à cette période d'invasion, lors même que l'éruption n'existe pas encore, seront atteints quatorze jours après, durée qui serait celle de l'incubation. Plusieurs exemples très-concluants sont rapportés à

l'appui de cette proposition. Mais la discussion qu'elle a suscitée à la *Société des hôpitaux* a démontré de même que si la contagion pouvait aussi s'exercer dès le premier jour d'une manière incontestable, elle ne s'arrêtait pas là et s'exerçait de même consécutivement. M. Barthez a cité des faits de contagion après quarante-cinq jours, et, d'autre part, M. Barth a vu des enfants d'une même famille rester indemnes après être restés avec des malades jusqu'à constatation positive de l'éruption (*Soc. méd. des hôpit.*, juillet). Ainsi se trouve détruite d'avance la loi que M. Girard voulait ériger.

De la contagion dans les maladies, par M. le docteur de Stanski, ancien interne des hôpitaux. Brochure in-8°.

Restreignant le mot au sens d'inoculation, les maladies contagieuses sont ainsi fort limitées, et la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune, la fièvre puerpuérale, échappent à la la contagion. Mais il est évident que l'on désigne par là un mode spécial d'infection qui, dans certaines circonstances antihygiéniques, l'encombrement par exemple, transmet presque aussi sûrement la maladie qu'une affection vénérienne sur 10 ou 12 personnes qui s'y exposent. La question est donc trop restreinte, comme le mémoire, sur un si vaste sujet.

COQUELUCHE. Siége. Contre sa localisation dans le larynx et les cordes vocales, comme MM. Gendrin, Beau, Vannebrouck l'ont soutenu, M. H. Turner rapporte un fait qui infirme absolument ce siége. Il s'agit d'une jeune fille scrofuleuse de vingt-trois ans, qui, atteinte d'une *laryngite strumeuse aiguë*, dut être soumise deux fois à la trachéotomie pour conjurer des accidents d'asphyxie. Une coqueluche très-intense et caractérisée, moins le cri aigu du coq, se développa néanmoins sous une influence épidémique, alors que la canule était encore en place, et suivit ses diverses périodes sans que rien amenât de soulagement que les vapeurs de chloroforme par l'ouverture artificielle, au début du paroxysme. (*Edinb. med. Journal*, février.)

Traitement. *Benzine.* Étudier l'action des remèdes par l'analyse, et en simplifier l'administration, tel est le secret du vrai progrès de la thérapeutique. C'est ainsi qu'à la suite des essais si contradictoires et peu concluants tentés l'année dernière avec le gaz d'éclairage, l'*Aerztliches intelligenz-Blatt*, qui, le

premier, l'a préconisé, semble en donner l'énigme par les succès de l'un de ses composés, l'hydrophényle ou benzine. Une épidémie ayant éclaté à Schwabach, et le docteur Loehner, qui observa 43 enfants, 23 garçons et 20 filles, ne pouvant les soumettre tous à l'inhalation du gaz, administra la benzine à l'intérieur à la dose de 10 à 15 gouttes par jour, soit seule dans un verre d'eau sucrée, soit en émulsion, et pour en aider l'action, il en projetait quelques gouttes sur le lit de l'enfant pour la nuit. Les accès diminuèrent ainsi rapidement de nombre et d'intensité. Parmi les différents faits cités à l'appui, en voici un qui servira de spécimen :

Chez une petite fille de quatre ans, souffrant depuis trois semaines de toux catarrhale, et prise d'accès de coqueluche qui augmentaient chaque jour de force et de durée, l'ipéca, l'ammonium, la morphine et autres agents avaient été administrés sans succès, lorsque, le 11 et le 12 septembre 1864, quelques gouttes d'hydrophényle furent administrées trois fois par jour. Les accès s'élevèrent ces deux jours de 22 à 24. Le 13, il n'y en eut plus que 13, encore avec vomissements ; et dès le 14, ils tombaient à 5, et l'enfant dormit parfaitement la nuit pour la première fois. L'amélioration continua jusqu'au 21, que l'enfant fut quittée comme guérie. (*J. de méd. et de chir. de Brux.*, avril.)

Il semblerait que c'est donc là un succédané de l'inhalation du gaz d'éclairage et, par conséquent, du *gazéol*, qui, selon M. Burin du Buisson, en est la partie médicamenteuse. Beaucoup plus facile à employer, son usage contre les trichines en montre l'innocuité. Son odeur pénétrante est seule un inconvénient ; mais n'est-il pas possible de l'atténuer ou de la faire disparaître, si ce moyen n'existe déjà?

Les succès tant vantés par quelques médecins, de l'inhalation de l'air des salles d'épuration du gaz contre la coqueluche, ont aussi conduit MM. Deschamps (d'Avallon) et Adrian à en faire l'analyse. Dès leur entrée dans l'usine à gaz de Saint-Mandé, ils furent frappés de l'odeur ammoniacale et goudronneuse qui s'exhalait. Le papier de tournesol exposé dans cette atmosphère devint instantanément bleu en le mouillant de deux ou trois gouttes d'eau distillée, ce qui indiquait une alcalinité prononcée. Après plusieurs expériences sur la matière retirée d'une cuve d'évaporation, ils ont conclu qu'elle dégage des vapeurs d'ammoniaque et de goudron, qui seraient ainsi les

principes actifs médicinaux de l'efficacité de ces inhalations, si elle existe, contre la coqueluche.

Il serait donc facile aux médecins privés d'usines à gaz, et même à ceux qui en ont à leur portée, de soumettre leurs malades, sans les déplacer, à l'action de ces agents à l'aide de la formule suivante :

℞ Chaux vive	100	grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	100	—
Eau	300	—
Coaltar	150	—
Sablon	2000	—

Faites déliter la chaux, versez le coaltar sur 1000 grammes de sablon, mélangez la chaux, le chlorhydrate et l'eau, ajoutez le sablon et le coaltar, triturez et mêlez intimement. On peut ainsi augmenter ou diminuer à volonté l'énergie de ce mélange suivant l'excitabilité des malades bien mieux que dans une salle d'épuration. (*Bull. de thérap.*, n° 6.)

Narcéine. La puissance sédative et hypnotique de ce médicament constatée contre la toux nocturne des phthisiques, l'a fait employer à l'hôpital des Enfants contre la coqueluche. Chez une petite fille de quatre ans, atteinte depuis trois semaines environ, avec ulcération blanc grisâtre du frein de la langue, et dont le sirop de belladone ni l'inhalation du gaz d'éclairage n'avaient pu modifier les nombreuses quintes suivies de vomissements le jour et la nuit, il suffit d'une cuillerée de sirop de narcéine (voy. Narcéine) le soir pour que, dès le troisième jour, le sommeil fût complet, les quintes de nuit, au nombre de trois, firent complétement défaut, et celles de jour, au nombre de cinq à six, furent réduites à deux. Une rougeole intercurrente empêcha seule de rendre la guérison complète, car chez un petit garçon de trois mois et demi, dans les mêmes conditions, ce médicament à la dose de 30 grammes, soit un centigramme et demi de narcéine, produisit ce résultat en quelques jours. Après dix jours d'usage, les dix quintes suivies de vomissements dans la journée étaient réduites à trois sans vomissements, avec un sommeil tranquille toute la nuit. De telle sorte qu'en admettant même le *decursus* naturel de l'affection, il est impossible de ne pas voir là une action réelle du médicament (*Gaz. des hôp.*, n° 38). Sa facilité d'administra-

tion et son innocuité méritent donc de l'expérimenter de préférence à tous les autres.

CORYZA. Plus un mal est fréquent et plus le remède doit être simple, facile et connu, pour être à la portée de tout le monde. C'est ainsi que nous signalons les inhalations d'iode contre le rhume de cerveau, d'après M. Luc, médecin militaire, qui les a employées avec succès sur lui-même, avec la précaution de faire vaporiser l'iode en chauffant le flacon dans sa main. En aspirant ainsi les vapeurs une heure durant par intervalles de trois minutes, le mal de tête diminue, les éternuments s'éloignent, la sécrétion se tarit, et malgré un sentiment de brûlure à la gorge, le coryza, qui avait débuté à neuf heures avec une violente intensité, avait disparu à six heures du soir. Plusieurs autres personnes s'en sont également bien trouvées. (*Recueil des Mém. de méd, et de chir. mil.*, février.)

Nous faisons mieux que guérir le coryza, dit M. Diday; nous le prévenons. A la première sensation de froid intra-nasal, au premier éternument, qui vous annoncent que vous allez être pris, frottez-vous vivement, très-vivement la nuque à plusieurs reprises, de manière à ce que cette friction rougisse la peau, et vous voilà préservé. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 23.)

COXALGIE. La perte ou la diminution du mouvement d'abduction du membre en est le meilleur signe et le plus constant, a dit M. Verneuil dans la discussion qu'il a soulevée sur ce sujet à la Société de chirurgie, en 1865. Il fait trois formes principales de cette affection : scrofuleuse, rhumatismale et spasmodique ; mais cette dernière est niée par MM. Dolbeau, Marjolin et Giraldès. Les exemples cités sont, suivant eux, des contractures musculaires d'origine hystérique. Suivant ce dernier, une division distinguant la coxalgie en celle qui débute par la membrane synoviale et celle qui débute par les os est beaucoup plus conforme à l'état des connaissances sur ce sujet.

M. Marjolin est partisan de la résection, qu'il voudrait voir entrer dans la pratique, et il présente à ce sujet une tête de fémur reséquée à un enfant. Considérant, au contraire, l'altération concomittante de l'os coxal et les récidives si fréquentes de la maladie chez les coxalgiques, la plupart infectés de scrofules jusque dans la moelle des os, M. Demarquay penche vers l'abstention. (*Soc. de chir.*, mai.)

Coxalgie hystérique. *Inoculation d'atropine.* Un exemple de cette nouvelle espèce, étudiée et signalée pour la première fois par Brodie, en 1836, a été observé par M. Chabalier sur une fille hystérique au suprême degré. Preuve irrécusable de la réalité de la variété spasmodique si bien défendue par M. Verneuil. N'ayant obtenu aucun succès des diverses médications usitées, le chirurgien lyonnais recourut à l'inoculation hypodermique de la solution d'atropine au centième, malgré la contre-indication de ce médicament chez les hystériques (voy. Hystérie). Il fit huit piqûres avec une lancette sur la partie douloureuse et y déposa la solution. Au bout d'une heure, les douleurs disparurent, et grâce à l'immobilité de la cuisse, la malade put dormir. Du 20 février au 25 mars, dix-huit accès s'étant renouvelés avec la même intensité, ont tous été vaincus aussitôt par le nouveau moyen d'inoculation, en portant les piqûres jusqu'à quinze, tantôt au pli de l'aine, tantôt sur la partie antérieure externe ou postérieure de l'article, sans que jamais aucun accident soit survenu du côté des centres nerveux.

Chaque accès avait pour prodromes la boule hystérique, une agitation générale avec changement moral complet. Les signes de chlorose indiquaient d'ailleurs un traitement tonique. Grâce à ce traitement dans l'intervalle des accès, la malade prit de l'embonpoint, et les accès diminuèrent à mesure qu'elle se rétablissait ainsi pour cesser complétement. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 21.)

Diagnostic. L'épreuve de l'anesthésie ne suffit pas à prévenir toute erreur à cet égard. Chez la malade de M. Verneuil, où tous les signes classiques de la coxalgie étaient disparus complétement et à diverses reprises pendant un à deux mois sous le bénéfice de cette épreuve, un érysipèle erratique mortel s'étant développé à la suite d'une cautérisation ponctuée locale, l'autopsie montra les surfaces articulaires coxo-fémorales saines, mais il existait le long des vaisseaux iliaques un chapelet ganglionnaire probablement tuberculeux, conduisant à un abcès de la fosse iliaque, lequel a mis sur la trace d'une lésion osseuse méconnue du vivant de la malade. Le sacrum, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, présentait un séquestre, résultat d'une ostéite suppurée. Il existait une mobilité très-notable de la symphyse, dont toute la surface était couverte de fongosités. En

somme, c'était là une sacro-coxalgie symptomatique d'une altération du tissu osseux, due à une inflammation suppurative du sacrum, propagée aux parties voisines, nouvel exemple de la confusion qui peut être faite entre la coxalgie et d'autres lésions ayant pour siége les parties voisines de l'articulation de la hanche. (*Soc. de chir.*, décembre.)

De la Coxalgie, de sa nature, de son traitement, par les docteurs Martin et Collineau. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences. Un vol. in-8° de 550 pages et 30 gravures intercalées dans le texte.

CRANIOTOMIE. Voy. Dystocie.

CRÉTINISME. *Utilité du café.* M. le docteur Chabrand a remarqué la diminution graduelle des crétins dans l'arrondissement de Briançon, coïncidant avec l'usage du café, qui s'est répandu dans les hameaux les plus écartés et les plus pauvres. Par ses propriétés stimulantes, le café ne peut en effet qu'agir favorablement dans ce cas, en sollicitant les fonctions digestives et d'assimilation. Il rend plus stables les éléments de l'organisme, suivant M. de Gasparin, et l'on cite à l'appui les ouvriers des houillères de Charleroi, qui, par l'usage d'une soupe au café, trois à quatre fois par jour, suppléent ainsi à 500 grammes de nourriture de moins que la ration ordinaire (*Journ. de chim. méd.*, février). Les marins, qui font aussi un grand usage du café noir, en sont un autre exemple. Il réveille ainsi les facultés intellectuelles, et l'on ne saurait trop répandre cette denrée coloniale au plus bas prix possible parmi les populations crétinifères.

CROUP. Traitement. *Nitrate d'argent à haute dose.* Auprès d'une enfant de quatre ans arrivée à la période extrême du croup et qu'un médecin appelé la veille avait déclarée perdue, M. Schœvers (de Lahaye), raisonne ainsi : « N'est-ce pas là un processus inflammatoire exsudatif que je n'hésiterais pas à traiter avec le nitrate d'argent solide, si je pouvais en atteindre directement le siége pour modifier la vitalité excessive et arrêter la tendance sécrétoire du produit plastique qui menace l'existence de l'individu atteint ? Et, me fondant sur l'emploi que l'on fait journellement avec succès de ce puissant modifi-

cateur en injections dans la vessie, en collyres dans certaines ophthalmies, et dans bien d'autres cas, je résolus d'en tenter immédiatement l'usage interne, comptant sur la contiguïté de la muqueuse pharyngo-laryngienne pour arriver au but que je me proposais. Je comptais aussi sur la perturbation qui allait résulter d'une profonde cautérisation dans toutes les parties voisines pour arrêter le travail morbide du larynx, espérant que les mucosités abondantes qui tapissent ce conduit, et qui déterminent si souvent l'asphyxie, préviendraient l'agglutination de ses parois.

» Sans doute, c'était un poison actif, violent, que j'allais introduire dans l'estomac, et qui pouvait être aussi funeste que la maladie elle-même ; mais, en réfléchissant aussi aux dangers que me présentait l'opération dans l'exécution des soins consécutifs, si importants pour son succès, comme le changement des canules pour leur nettoyage, l'enlèvement des mucosités, et qui devaient être laissés au dévouement de simples paysans, je n'hésitai pas. Seulement, pour prévenir l'effet toxique du nitrate d'argent dans l'estomac et le neutraliser, je fis prendre d'avance, et simultanément, quelques cuillerées *d'eau salée*, antidote aussi simple que puissant.

» Je prescrivis dès lors 1 *gramme* de nitrate d'argent dans 60 *d'eau distillée*, dont on donna de suite une demi-cuillerée à bouche, et autant une demi-heure après, pour continuer par cuillerée à café toutes les vingt minutes. Que l'on juge de mon émotion en retournant visiter l'enfant le soir, après une telle prescription ! Je trouvai la scène complétement changée : la figure des parents était radieuse et la petite malade dormait tranquillement depuis une heure, et, bien que la respiration fût encore laborieuse et croupale, la position était celle d'un enfant qui dort sans souffrir. Elle était couchée sur le côté droit, un peu courbée en avant. La face était encore un peu livide, mais le pouls, de 140 le matin, était tombé à 110. La bouche était fermée, bien que le mouvement des ailes du nez annonçât que la respiration n'était pas encore libre. Voici ce qui s'était passé :

» La première cuillerée, avalée d'un trait, avait déterminé immédiatement une telle suffocation, que l'enfant se dressa sur le lit, les yeux saillants, exprimant la plus cruelle angoisse, la bouche béante, en proie à de violents efforts de vomissement sans résultat, et, dans la terreur du sentiment d'étranglement

qu'elle éprouvait, refusant tout secours, elle alla retomber à l'autre bout de l'alcôve et s'y accroupit. A cet instant de cruelle angoisse succéda le calme, dont on profita pour coucher l'enfant où elle se trouvait. La seconde cuillerée, prise sans résistance, n'avait produit rien de semblable à la première ; l'anxiété avait diminué comme aux suivantes, et bientôt le sommeil était survenu. Il ne restait qu'une petite quantité de la solution argentique ; j'en fis continuer l'usage par 10 gouttes d'heure en heure, avec intermède d'eau salée, et la continuation des vapeurs d'eau chaude dans l'alcôve.

» Le lendemain dimanche, l'enfant est dans un état très-satisfaisant. Elle a beaucoup dormi ; deux selles liquides noirâtres avec flocons blanchâtres ont eu lieu sans coliques manifestes ; point de dyspnée ; le bruit croupal est encore reconnaissable, surtout après avoir bu ; toux légère ayant le même caractère. La figure ne trahit aucune souffrance. Les lèvres, la bouche, la base de la langue et toute la gorge sont tapissées d'une peau blanche très-épaisse, paraissant l'effet du caustique ; néanmoins la déglutition des liquides n'en est nullement gênée ; mais il y a aphonie, et l'enfant refuse obstinément toute nourriture.

» L'eau salée est continuée alternativement avec une potion adoucissante et les fumigations tièdes.

» Le soir, l'enfant est encore mieux ; elle a reposé, pouls à 100 ; chaleur normale ; peau humide ; la voix, très-enrouée, commence à revenir. Aucune douleur ne se manifeste dans l'abdomen ; expression calme ; joues légèrement colorées.

» La convalescence fut courte et heureuse. » (*Union méd.*, n° 9.)

Ce fait est d'accord avec les succès obtenus par M. Casali, de Reggio, à l'aide des injections nasales avec cet agent. Il en explique même l'action par la pénétration totale ou partielle, aussi bien dans le pharynx que dans l'arrière-gorge et le larynx, et qui provoque la suffocation et l'expectoration qui se produisent immédiatement. Cette pénétration n'est sans doute pas aussi certaine qu'en l'administrant par la bouche, et c'est ainsi que sur 12 cas, l'auteur n'a obtenu que 5 succès (*Imparziale*, p. 105). La dose ordinaire est de 10 centigrammes de nitrate d'argent pour 10 grammes d'eau. Que l'on soit d'accord ou non sur la pénétration de cette solution, contestée par M. Brochin, le fait précédent en montre l'innocuité.

Jus de citron. C'est à son action topique plutôt que générale que

M. Révillout fils attribue ses succès. Il en fait usage à cet effet en gargarisme à très-haute dose, car il emploie, au début, jusqu'à quatre citrons par heure, dont il fait tomber le jus en partie dans l'arrière-gorge, afin d'agir sur le pharynx par la déglutition. Ne pouvant être porté ni sur le larynx ni sur la trachée, il n'est pas applicable dans cette forme de la diphthérite. Cette médication est très-douloureuse; mais sous son influence, dit-il, l'engorgement inflammatoire ne tarde pas à céder, de sorte que les fausses membranes se plissent et tombent ordinairement vingt-quatre ou trente-six heures après le début du traitement; on diminue graduellement la dose du médicament, de manière à n'employer que le jus de trois, deux et même un citron par heure. Les fausses membranes deviennent de plus en plus minces en se reproduisant, et la maladie guérit ainsi. (*Acad. de méd.*)

La quantité de citrons nécessaire à la cure est évaluée, en moyenne, à cent quatre-vingts ou deux cents. Évidemment, une solution d'acide citrique, dont l'effet doit être semblable, serait bien plus simple et économique. En tous cas, portée à ce degré de force, cette médication a tous les dangers des cautérisations, aujourd'hui généralement abandonnées.

Devant les bons effets de ce moyen dans la pourriture d'hôpital, le docteur Soulé (de Bordeaux) l'avait heureusement appliqué dans un cas de pharyngite couenneuse dès 1863.

M. Chatard en a également rapporté un succès très-remarquable à la Société de médecine de Bordeaux le 24 juillet, obtenu chez une petite fille de cinq ans et demi, atteinte d'une laryngite couenneuse. En faisant gargariser l'enfant toutes les demi-heures le premier jour, une fausse membrane tubulée de 2 centimètres de long fut rendue spontanément. Un vomitif de 25 centigrammes de sulfate de cuivre en fit rendre d'autres, et les gargarismes au suc de citron étant continués les deux jours suivants, l'enfant guérit; soixante-dix-sept citrons furent employés. (*Union méd. de la Gironde*, septembre.)

Le docteur Lauton dit avoir sauvé presque tous ses malades en leur administrant une cuillerée d'heure en heure de la potion suivante :

℞ Suc de citron.	30	grammes.
Bulbe d'ail	20	—
Eau de menthe poivrée	150	—
Sirop simple.	30	—
Sucre.	15	—

L'ail et le citron sont en effet de puissants antiseptiques, peut-être trop délaissés.

Eau de chaux. Son pouvoir dissolvant des membranes diphthéritiques, annoncé par M. Küchenmeister (de Dresde), a été confirmé expérimentalement et cliniquement par le professeur Biermer (de Berne). Ainsi, des pseudo-membranes fort étendues et épaisses de 2 millimètres, durcies par un séjour de vingt-quatre heures dans l'alcool, se sont évanouies comme par enchantement sous les yeux des élèves, en les plaçant pendant dix à quinze minutes dans un verre d'eau de chaux. Il ne restait qu'un sédiment très-léger au fond du verre. Chez une fille de dix-sept ans, atteinte du croup depuis quatre jours, suffoquée, cyanotique et insensible lors de son entrée à l'hôpital le 13 mars 1864, ce moyen fut également employé en irrigations dans la gorge, et parut amener une amélioration sensible aux yeux de M. Biermer et de ses élèves. Cette conclusion n'est pourtant pas rigoureuse, car plusieurs autres moyens avaient été employés préalablement avec un commencement de succès. Mais d'autres faits étant venus s'y joindre depuis, notamment celui d'un enfant de trois ans et demi atteint d'une pharyngo-laryngite diphthéritique, traité avec succès par M. Kuchenmeister, et un autre de quatre ans et demi, par M. Brauser, avec le même résultat, on peut tenter avec confiance l'emploi de ce moyen.

Toutefois, plusieurs objections sont faites à son action par M. Kuchenmeister, qui se demande si l'eau de chaux n'est pas décomposée par l'acide carbonique expiré. Quoi qu'il en soit, il convient que l'eau des inhalations soit chaude, sans décider si l'amélioration est due à la chaleur humide depuis longtemps reconnue efficace ou aux propriétés dissolvantes de l'eau de chaux. (*Gaz. hebd.*, n° 13.)

Inoculation. Le docteur Mazotto l'a pratiquée 15 fois dans un but curatif dès l'invasion de l'angine, et 20 fois dans un but préventif sur des sujets vivant dans un foyer d'épidémie diphthéritique et en contact avec des individus atteints de cette maladie.

Or, chez les premiers, avec l'emploi des moyens ordinaires de traitement, la maladie se montra bénigne, et chez les autres, deux furent atteints, l'un vingt jours et l'autre vingt-deux jours après l'inoculation ; mais la diphthérite fut fort peu grave,

de courte durée, et guérit presque sans traitement. (*Gazz. med. Venete*, octobre 1864.)

Onctions mercurielles. Après avoir fait vomir avec tartre stibié et ipéca, et, au besoin, le sulfate de cuivre, M. Steppuhn emploie des embrocations sur les côtés du cou, renouvelées toutes les trois heures, avec gros comme un pois de la pommade suivante :

Onguent mercuriel		8 grammes.
Opium	ãã 1	—
Teinture thébaïque.		

Ce médecin prétend ainsi prévenir la formation des fausses membranes et provoquer la déliquescence de celles qui existent ; il dit même n'avoir que des succès à produire depuis quatre ans qu'il emploie cette médication, et M. Behrend (de Berlin) dit en avoir également obtenu les meilleurs effets. (*Oest. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde*, nº 3.) Les onctions mercurielles ont pourtant été d'un usage très-répandu en France autrefois contre le croup, sans que l'on en ait obtenu des résultats merveilleux ; ils ont été si peu satisfaisants, au contraire, qu'elles sont généralement abandonnées aujourd'hui.

De l'angine couenneuse et du croup considérés sous le double rapport du diagnostic et du traitement, par le docteur Coulon, professeur suppléant à l'École de médecine d'Amiens, ancien interne des hôpitaux d'enfants de Paris. Un vol. in-8° de 96 pages.

CUIVRE. Contrairement aux constatations récentes sur l'innocuité absolue du cuivre pour les ouvriers qui le travaillent, M. Maisonneuve, après l'examen des ateliers où ce métal est travaillé, dans les arsenaux maritimes, et l'observation des ouvriers, a été conduit à faire une distinction à cet égard ; avec M. Lebon et tous ceux qui se sont élevés contre l'opinion étrange de M. Perron, accusant les mollécules de ce métal de provoquer le développement de la phthisie pulmonaire chez les ouvriers horlogers par leur contact sur les canaux aériens, M. Maisonneuve a reconnu que le maniement du cuivre à froid est à peu près sans inconvénient ; mais il n'en est pas de même lorsqu'il est chauffé, oxydé ou carbonaté. Il a observé ainsi que les fondeurs et les chaudronniers inspirant à pleins poumons

les émanations qui se dégagent du cuivre en fusion, sont pris d'oppression passagère comme il l'a éprouvé lui-même, espèce de spasme qu'il attribue au dépôt des particules métalliques sur les muqueuses des voies aériennes qui les irritent et les dessèchent. Mais cet accident se dissipe rapidement au grand air et l'expulsion de ces particules a lieu avec l'expectoration

Un autre accident plus grave accusé par ces ouvriers est une douleur localisée sous le nom de *colique* à la partie supérieure et moyenne du ventre. Sur 78 fondeurs ou chaudronniers, les deux tiers au moins l'avaient éprouvée. Ce ne sont pourtant pas ces *coliques toxiques* admises par les anciens observateurs et niées par les modernes. C'est une sensation douloureuse augmentant à la pression, et résidant chez la plupart à l'épigastre ou entre celui-ci et l'ombilic, à peu près dans la direction du côlon transverse. Il y a des nausées, parfois des vomissements et plus rarement de la diarrhée. Ces symptômes sont passagers et durent au plus deux à trois jours sans que les ouvriers s'en inquiètent, qu'ils recourent au médecin. Ils se guérissent eux-mêmes par l'ingestion d'une abondante quantité de lait. Il est des ouvriers qui éprouvent ces accidents dès qu'ils se remettent au travail du cuivre, et qui en sont débarrassés dès qu'ils l'abandonnent (*Arch. de méd. navale*, janvier). S'il est impossible de voir là l'expression de l'empoisonnement admis par certains observateurs, et généralement nié aujourd'hui, il n'est pas moins vrai qu'il faudrait voir là une action spéciale du cuivre, à moins qu'elle ne dépendît des conditions spéciales de la profession comme la chaleur, la fumée, les poussières développées par les différentes opérations que les observations ultérieures pourront élucider.

CURARE. Son emploi dans les affections tétaniques a conduit le docteur Laudenberger à l'essayer chez un homme robuste de vingt-neuf ans, pris, à la suite d'un refroidissement, de toux sèche, entrecoupée et de troubles graves de la respiration, quoique les organes thoraciques fussent à l'état normal. Un endolorissement de l'hypochondre gauche et une douleur gravative au niveau de la dernière vertèbre dorsale, s'étendant bientôt à tout le dos, apparurent avec des spasmes toniques, puis cloniques du bras gauche. Un véritable opisthotonos et des secousses convulsives générales s'ensuivirent, surtout du côté gauche, les muscles de la face, le larynx et le pharynx excep-

tés. Les accès duraient de un à trois quarts d'heure avec perte de connaissance et délire, fréquence du pouls, paralysie et analgésie de la jambe gauche.

Contre cet état qualifié de *méningite spinale*, tous les dérivatifs locaux et généraux, l'opium, la quinine, le camphre, les bains froids, etc., furent employés vainement pendant un mois. Les injections hypodermiques avec 12 milligrammes de *curare*, puis 25 furent pratiquées deux fois par jour. Dès la sixième, les convulsions étaient diminuées et cessèrent le sixième jour, après des sueurs profuses. (*Würtemb. corr. bl.*, 1864.)

Quelle que soit au juste cette affection, il est certain que l'élément convulsif, tétanique, en a été efficacement combattu par cet énergique poison.

M. Spencer-Wells l'a employé aussi avec succès contre le tétanos compliquant l'ovariotomie. Voy. ce mot.

Curarine. A cause de ses singulières propriétés sur le système nerveux, le curare a acquis depuis quelques années une grande célébrité parmi les physiologistes et a été l'objet de plusieurs essais thérapeutiques sur l'homme. Mais les principaux obstacles à son étude physiologique et thérapeutique résident dans l'ignorance de la composition de cet agent et l'incertitude de son dosage, à cause des grandes variétés qu'il présente dans son intensité d'action. M. Cl. Bernard a pu expérimenter sur dix ou douze sortes de curares, tels qu'ils arrivent des Indiens de l'Amérique du Sud, fixés sur l'extrémité de flèches empoisonnées ou renfermés dans des calebasses ou de petits pots en argile. Dans ces expériences, plusieurs échantillons se rapprochaient beaucoup les uns des autres par leur énergie; mais il s'en est aussi rencontré qui différaient considérablement et dont l'intensité toxique pouvait varier entre eux comme 1 est à 6. Il en est résulté aussi que les curares les plus violents étaient généralement ceux qui recouvraient l'extrémité des flèches empoisonnées ou ceux contenus dans les petits pots d'argile, tandis que ceux des calebasses étaient ordinairement moins actifs et donnaient pour le même poids de substance une dissolution aqueuse bien moins colorée.

Le curare est un extrait noir, cassant et d'apparence résinoïde, composé, d'après le récit des voyageurs, d'un très-grand nombre de substances végétales et même de matières animales. Dès lors se présentait la question de savoir si son action, déter-

minée aussi exactement que possible sur l'animal vivant par le grand physiologiste, devait être considérée comme appartenant à un principe actif unique mêlé à d'autres substances inertes, ou bien si cette action du curare était la résultante de plusieurs principes actifs distincts les uns des autres, mais associés dans l'extrait curiarique en proportions différentes, ainsi que cela a lieu pour les principes actifs de l'opium, par exemple. Il s'agissait donc de rechercher si la curarine, déjà signalée par MM. Boussingault et Roulin, représentait à elle seule tous les effets réunis de l'extrait curarique, ou bien si elle n'en manifestait qu'une partie. M. le docteur W. Preyer jeune étant parvenu à extraire la curarine à l'état de pureté, comme le montre sa Note communiquée à l'Académie, M. Cl. Bernard a pu en étudier comparativement les effets physiologiques avec ceux du curare. En voici les résultats.

1° La curarine est beaucoup plus active que le curare d'où elle est extraite. L'expérience sur les animaux a montré que celle provenant des curares contenus dans des calebasses, et par conséquent les moins actifs, était au moins vingt fois plus énergique. Un milligramme de curarine en dissolution dans l'eau, injecté sous la peau d'un lapin de forte taille, le tue très-rapidement, tandis qu'il faut 20 milligrammes de curare injectés de même pour obtenir cet effet.

2° Sauf l'intensité, les effets physiologiques de la curarine sont identiques avec ceux du curare. L'action est exactement la même sur le système nerveux, et, aussi loin que cette comparaison physiologique a pu être poursuivie, aucune différence apparente n'a été observée. En outre, la curarine a paru rester, comme le curare, très-difficilement absorbable par le canal intestinal.

De ces simples indications, jointes aux observations de M. Preyer montrant que les résidus du curare d'où l'on extrait la curarine cessent d'être actifs, il paraît établi que l'action toxique si remarquable du curare est due à un principe actif unique, résidant dans une espèce d'alcaloïde.

Quant à savoir quelle est la plante, les plantes ou la substance quelconque qui fournit la curarine, M. Cl. Bernard a pensé que cette question ne pouvait se résoudre qu'expérimentalement, c'est-à-dire en faisant séparément et successivement des extraits avec les diverses plantes ou ingrédients que les récits des voyageurs indiquent comme entrant dans la compo-

sition de l'extrait curarique. Il s'est d'abord adressé au Muséum d'histoire naturelle pour se procurer les diverses plantes du curare, et M. Tulasne lui a remis trois petits fruits de *Pollinia cururu*, dont M. Preyer a fait un extrait. Or, cet extrait a tué des grenouilles avec des symptômes tout à fait semblables à ceux que produit le curare. Ce premier essai, quoique insuffisant, est déjà très-important. De plus grandes quantités de matière seraient nécessaires pour multiplier les expériences et isoler le principe actif de l'extrait. Mais si l'on parvient à déterminer expérimentalement l'origine exacte du principe actif du curare, on aura, à la grande satisfaction des physiologistes et des médecins, résolu la dernière question qui obscurcit encore l'histoire mystérieuse de ce poison si intéressant du système nerveux moteur. (*Acad. des sc.*)

D

DÉGLUTITION. Par ses expériences autolaryngoscopiques, M. Guinier démontre, contrairement à la doctrine classique, que le bol alimentaire passe directement sans renversement préalable de l'épiglotte sur le plancher formé par la contraction de la glotte et que, en se gargarisant, les liquides séjournent au-dessous de l'épiglotte et sont en contact direct avec les replis muqueux intra-laryngiens et les cordes vocales. D'où il infère que la simple contraction de celles-ci, contraction toute automatique et liée par action réflexe à la sensation produite par le contact du corps étranger sur la muqueuse et en particulier de l'épiglotte jouant le rôle d'organe sensitif spécial, suffit pour s'opposer au passage des corps étrangers dans la trachée. (*Acad. des sc.*, mai.)

Mais le docteur Krishaber, témoin de ces expériences, ne voit là qu'une sorte d'*acrobatisme* du larynx et du pharynx de l'expérimentateur.

Le bol de pain est amené en partie par son propre poids (la tête étant renversée en arrière) et en partie par des mouvements d'aspiration sur le bord de l'épiglotte. Celle-ci étant, dans la profonde inspiration que fait l'expérimentateur, très-nettement appliquée sur la base de la langue, n'oppose aucun obstacle à la progression du bol alimentaire. Il franchit donc son rebord, et arrive sur sa face postérieure qui offre un plan vertical; il chemine ainsi jusque dans l'intérieur du larynx; mais arrivé sur

les cordes vocales, l'expérimentateur fait un mouvement de déglutition, *à bouche ouverte*, et le bol retombe en arrière dans l'œsophage.

Cette expérience démontre une seule chose : l'immobilité de la muqueuse laryngée de l'expérimentateur.

Mais ce n'est pas là le mouvement de la déglutition. On ne respire pas pendant la déglutition normale ; et, par conséquent, l'épiglotte, pendant la déglutition normale, n'est pas couchée sur la langue, ouvrant ainsi largement l'orifice laryngé ; elle a, au contraire, une tendance bien accusée et bien facile à constater, à basculer en arrière, de façon à tourner sa face antérieure en haut et à obturer l'orifice du larynx. Ce mouvement de bascule est produit, pendant le dernier temps de la déglutition, par l'élévation en masse du larynx au moyen complexe des muscles sus- et sous-hyoïdiens, styliens et constricteurs du pharynx, et l'orifice de l'organe vocal se trouve presque complétement fermé.

En voulant ainsi montrer la physiologie de la déglutition, l'expérimentateur n'oublie donc qu'une chose, *c'est le mouvement de la déglutition*. Au lieu d'*avaler*, il *respire*, et par conséquent il *aspire* le bol alimentaire, et le conduit volontairement dans le larynx au lieu de l'avaler et de l'amener normalement dans l'œsophage.

Quant au gargarisme, il est maintenu dans le pharynx en partie par l'action des muscles, qui, en se contractant, rétrécissent cette cavité dans toutes ses dimensions, et en partie par la colonne d'air expulsée avec force pendant tout le temps que dure cette opération peu harmonique. S'il est vrai, qu'une petite partie de ce liquide entre dans l'orifice du larynx, c'est que, en vérité, on ouvre la glotte quand on se gargarise pour expirer, afin de maintenir le liquide en place ; une petite partie de ce liquide s'écoule alors en nappe sur la muqueuse du larynx ouvert.

Pendant le passage normal des liquides, une quantité extrêmement petite, il est vrai, s'engage toujours autour du rebord de l'épiglotte dans le larynx, car l'épiglotte ne peut pas abriter et fermer *hermétiquement* l'intérieur de l'organe vocal ; ce qui n'empêche pas cet opercule d'être l'organe protecteur de la glotte par excellence, et les faits pathologiques le démontrent malheureusement trop souvent au praticien. (*Union méd.*, n° 64.)

M. Krishaber a montré lui-même à quels paradoxes l'acrobatisme pouvait donner lieu à ce sujet, en maintenant un bol de pain dans la trachée sans irritation, ni toux quelconque, bien que ceci n'ait rien de physiologique ; aussi M. Guinier est-il revenu franchement au mécanisme classique de la déglutition (*Acad. des sc.*). Toutes ces expériences ne doivent donc être considérées que comme des curiosités expérimentales.

DÉRIVATION. Pour montrer la réalité de cet effet thérapeutique capital et tant contesté dans ces derniers temps, et élucider le degré et le mode d'action des principaux dérivatifs, M. Zuelzer a institué les expériences suivantes : sur le dos d'un lapin rasé dans une certaine étendue, il a fait pendant quinze jours des applications de collodion cantharidé. Disséquant ensuite ce tégument en profondeur, il a trouvé une suppuration superficielle de la peau, mortifiée en quelques points ; ses vaisseaux profonds dilatés et gorgés de sang, les muscles superficiels hypérémiés, même ecchymosés, tandis que ceux de la couche profonde, par un contraste frappant, sont beaucoup plus pâles que ceux du côté opposé ; pâleur qui s'étend à toute l'épaisseur de la paroi thoracique et à sa face interne et même aux muscles de la cuisse de ce côté. Le même effet s'est constamment reproduit en répétant l'expérience, et a amené jusqu'à l'anémie du poumon du côté de l'exutoire.

Pratiquant un séton au devant du genou d'un lapin, il a de même observé à l'autopsie, après une suppuration de quatre semaines, une vive inflammation des tissus traversés et semés de petits foyers purulents. Les muscles au-dessous étaient par contre très-manifestement anémiés, aussi bien que les tissus propres de l'articulation. (*Deutsch Klinik*, n° 13.)

Ceinture en caoutchouc. En appliquant à une péritonite datant de deux ans, et qui avait résisté à toutes les médications, en se compliquant d'ovarite avec rétroflexion de l'utérus, l'action élastique et compressive du caoutchouc vulcanisé, M. Clavel observa des effets imprévus. C'était un large anneau se moulant sur la région abdominale et la comprimant sensiblement. Dès les premières heures se produisit une abondante transpiration, suivie de vives démangeaisons, de vésicules et d'excoriations eczémateuses. Ces effets persistèrent pendant dix mois que le caoutchouc fut appliqué, et alors les tumeurs du ventre

et les signes de la péritonite avaient disparu ; l'utérus avait repris sa situation normale.

Appliqué dans un grand nombre d'affections utérines, inflammations chroniques, déplacements surtout en avant, cet appareil amena une amélioration marquée dans le plus grand nombre chez les femmes qui consentirent à le maintenir nuit et jour malgré les démangeaisons qu'il provoque et l'odeur sulfureuse qu'il répand. Il a triomphé également d'un lumbago. Les gastralgies, entéralgies, névroses du tube intestinal aussi bien que la diarrhée chronique sans lésion de l'intestin en ont été aussi heureusement modifiées. On pourrait l'appliquer à la sciatique.

En donnant au fabricant la circonférence du corps à la hauteur de l'épigastre, de l'ombilic et des hanches, en retranchant 1 à 2 centimètres de la première, 4 de la seconde et 3 de celle des hanches ou même plus si l'on veut avoir une compression énergique, on aura ces ceintures sans pli ni godet, d'un millimètre d'épaisseur au prix de 6 à 8 francs. La hauteur se mesure de l'épigastre au bord supérieur du pubis. Deux sous-cuisses, s'attachant par devant, l'empêchent de remonter.

Son action tient sans doute à l'isolement du contact de l'air d'une grande surface cutanée, à une influence électrique et sulfureuse, à la révulsion et la compression qui modifie la circulation sanguine et lymphatique et la contention des viscères abdominaux (*Gaz. hebdom.*, n° 1). La soustraction du contact de l'air avec le collodion cantharidé n'est pas moins évidente ; ces résultats sont donc en faveur des enduits imperméables.

DIABÈTE. Étiologie. M. Noble en crée une nouvelle espèce résultant, non plus de la lésion de la piqûre d'un point circonscrit de l'encéphale, mais de sa surexcitation excessive. Dans ce cas, le sucre existe en quantité notable dans l'urine, dont la densité est augmentée en conséquence, et qui présente les réactions chimiques habituelles. Mais la quantité n'est pas sensiblement augmentée, il n'y a ni soif ni appétit désordonné ; il n'y a ni la sécheresse ni l'acidité cutanée classiques.

Ces cas échappent ainsi facilement au diagnostic ; mais la gravité de l'état général peut mettre sur la voie. Il y a fatigue, perte des forces, accablement moral comme dans les autres espèces. Le traitement peut servir de contre-épreuve, car il suffit

de supprimer les influences pathologiques pour voir cesser bientôt tous les accidents. (*Gaz. médicale*, 1864.)

Diagnostic. Suivant le professeur Friedreich, les champignons qui existent dans l'urine des diabétiques se retrouvent également aux parties génitales de ces malades, à la base du gland chez l'homme et les petites dépressions existant de chaque côté du frein ; chez les femmes, sous le prépuce du clitoris et à la base des petites lèvres, grâce à la disposition anatomique de ces parties qui retiennent facilement quelques gouttes d'urine. Lors même que l'enduit sébacé fait défaut, on le retrouve facilement dans les cellules épithéliales que l'on détache en promenant légèrement sur ces parties le dos d'un scalpel.

Parfois, on ne trouve que des spores sous forme de cellules arrondies ou ovalaires, renfermant assez souvent un noyau et des vacuoles plus ou moins grandes. De volume variable, ces spores sont accolés deux à deux ou en plus grand nombre formant des chapelets, ou formant des filaments ramifiés et articulés qui s'enchevêtrent et forment un mycélium feutré. Des renflements au niveau des articulations leur donnent l'apparence d'aspergilles.

M. Friedreich a rencontré constamment ces épiphytes chez une douzaine de diabétiques observés et jamais chez ceux qui ne l'étaient pas. Ils ont donc une certaine importance au point de vue diagnostique, et peut-être aussi sont-ils pour quelque chose dans le prurit dont se plaignent si fréquemment les diabétiques dans ces parties. (*Arch. für path. Anat.*, 1864.)

Traitement. *Opium.* L'arrêt ou la diminution de la sécrétion de l'urine dans beaucoup de cas d'empoisonnement par l'opium a conduit à l'administrer dans le diabète en lui accordant une action astringente sur le rein. L'observation pourtant ne la justifie guère, et le docteur Owen Rees cite un diabétique qui prenait 30 centigrammes d'opium par jour sans que la quantité d'urine fût diminuée. Le professeur Forget est allé jusqu'à 2 grammes par jour pour obtenir ce résultat. Dans d'autres cas, au contraire, on la voit augmenter. Rien n'est donc moins prouvé que cette action sur la sécrétion rénale.

Suivant le docteur Anstie, c'est par une action paralysante sur le système nerveux et les nerfs vaso-moteurs en particulier que cet effet s'exerce. En vertu de conditions inconnues, il arrive fréquemment que ceux de la peau sont spécialement

affectés, et alors une perspiration très-abondante s'observe, tandis que l'activité rénale est naturellement diminuée. L'épithélium des canaux du rein peut aussi être affecté d'une façon analogue à ce qui se passe dans la scarlatine, et dès lors l'excrétion est rendue plus difficile, le narcotique agit même fréquemment sur les nerfs des vaisseaux rénaux, et une diurèse abondante en est le résultat : phénomène observé par Christison et d'autres autorités dans l'empoisonnement par l'opium.

L'excessive excrétion aqueuse dans le diabète causant une élimination rapide des principes actifs de l'opium, il est nécessaire d'en élever la dose. L'action paralysante des vaisseaux rénaux ne peut être obtenue qu'à ce prix, et c'est ainsi qu'au lieu de voir diminuer la sécrétion rénale, il y a toute chance de la voir augmenter, outre les autres dangers qui peuvent résulter de cette médication. Il y a donc lieu, selon cette théorie, à ne pas donner l'opium à haute dose dans le diabète. (*Lancet*, p. 602.)

M. Pécholier est d'un avis diamétralement opposé. Et pour cela, loin de s'arrêter à l'action plus ou moins astringente de l'opium sur le rein, il remonte plus haut à son action intime, générale sur l'organisme. Fondé sur l'anorexie persistante qui résulte de son emploi à dose croissante et la conservation intégrale de l'organisme et de ses forces, il lui attribue le pouvoir de ralentir, de retarder, d'arrêter le mouvement de désassimilation nutritive. Il explique de la sorte les récits des voyageurs : que le consommateur d'opium conserve sa vigueur et l'intégrité de son organisme, à moins de se livrer à de fâcheux abus ; qu'au milieu de terribles famines, les populations orientales ont cherché un refuge contre la faim et ses conséquences dans son emploi ; que les courriers tartares font ainsi des courses longues et rapides en s'abstenant d'aliments et que les travailleurs insuffisamment nourris y suppléent par le suc de pavots.

Or le diabète étant une perturbation de la nutrition avec perte considérable et continue, sans assimilation équivalente, l'opium arrêtant ce mouvement de décomposition dans ses effets secondaires, en serait le remède par excellence, surtout à haute dose. Mais pour justifier, légitimer des conceptions si spécieuses, une conclusion si hardie, il faudrait des faits cliniques, et l'enthousiaste agrégé de Montpellier n'en invoque qu'un, un seul, encore est-il incomplet et lui manque-t-il sa consécration, la guérison même. Il a seulement observé qu'en prenant jour-

nellement l'extrait gommeux pendant un mois et jusqu'à un gramme pendant les quinze derniers jours, un diabétique confirmé rendit la moitié moins de sucre qu'auparavant et sentit augmenter ses forces (*Bull. de thérap.*, n° 10). En vérité, y a-t-il lieu de faire tant de bruit pour si peu? C'est là une nouvelle explication hypothétique de l'action de l'opium et rien de plus ; à une théorie directe, c'est répondre par une théorie indirecte. Il convient donc d'attendre les faits pour y ajouter foi.

Café. Selon M. Ed. Robin, le café noir serait le rival de l'opium, sous ce rapport, en modérant la combustion lente. Il se combine, dit-il, avec les matières protéiques et les empêche d'être brûlées. De là grande économie de dépense des tissus, rafraîchissement général. Aussi l'appelle-t-il élixir de longue vie. Le poison lent de Voltaire est ainsi vengé des noires calomnies trop longtemps accréditées contre lui.

Séton. Chez un homme de trente-huit ans qui rendait 12 à 15 litres d'urine contenant une quantité notable de sucre depuis plusieurs années, et qui n'éprouvait d'autre amélioration, après huit mois, qu'il fut soumis successivement à l'eau de Vichy, aux toniques, au traitement Bouchardat, etc., qu'une diminution de l'urine, il suffit au docteur Buttura, d'appliquer un large séton à la nuque pour voir bientôt disparaître le sucre des urines, la douleur rebelle de tête, et les forces revenir. (*Bull. de thérap.*, juillet.) Une relation directe serait ainsi établie entre le siége de la maladie, découvert par M. Bernard, et le moyen de la guérir. C'est à vérifier.

A la suite de tous les remèdes employés contre cette redoutable maladie, M. Scelles de Montdésert ajoute l'ozone, se fondant sur le défaut d'oxygénation pour la réduction complète du sucre qui est ainsi rejeté à l'extérieur. Il dit : Donnez de l'oxygène plus actif, de l'ozone, et la combustion du sucre sera plus complète. Mais ce n'est là qu'une ingénieuse théorie qu'aucun fait ne justifie. S'il est vrai qu'au printemps, où la production ozonométrique atteint son maximum, les diabétiques éprouvent généralement une amélioration, il y a tant d'autres conditions comme la belle saison, l'exercice, que l'on ne saurait attribuer exclusivement à l'une d'elles le mieux observé. (*Acad. de méd.*, juin.)

Chez une diabétique de trente-deux ans, sans antécédents

héréditaires, l'extrait de valériane pris à la dose de 2 à 6 grammes dans les vingt-quatre heures a amené une grande diminution de la soif, avec rétablissement des forces et de la vue altérée. De 6 litres par jour, elle est arrivée à n'en boire plus qu'un après un mois à peine de cette médication. Puis l'accoutumance étant établie, on la remplace par des pilules de nitrate d'argent d'un centigramme, 3 par jour, et le mieux reparaît, mais sans guérison toutefois. (*Bulletin de thérap.*, août.)

DIATHÈSE. **Diathèse urique.** Son principal point de départ est le canal digestif, selon M. Mercier. Elle est le résultat d'une élaboration insuffisante et d'une assimilation imparfaite, les produits, trop peu animalisés, n'arrivent pas à l'état d'urée, dont la solubilité faciliterait l'élimination.

En effet, la série des troubles qui amènent le plus ordinairement la formation urique consiste dans des digestions pénibles accompagnées d'aigreurs d'estomac, de pituites, de développement de gaz, d'éructations, de borborygmes et de flatuosités, quelquefois de vomissements, de constipation opiniâtre ou de diarrhée. Le chyle produit est mal élaboré et devient plus ou moins nuisible aux organes qu'il parcourt et à ceux qui ont avec ceux-ci des rapports de connexion ou de sympathie fonctionnelle, comme le foie, la rate, le pancréas. Le sang à son tour est imparfaitement reconstitué.

Or ces troubles proviennent le plus souvent des aliments et des boissons qui nuisent par leur quantité ou leur qualité.

La goutte et la gravelle s'observent chez des individus mangeant beaucoup, de manière à former dans l'estomac une masse volumineuse que les sécrétions gastrique, hépatique, pancréatique, pénètrent difficilement, et contre laquelle s'épuisent en vain les efforts péristaltiques.

Elle s'observe aussi chez ceux qui mangent beaucoup trop souvent, les excitations se succédant sans interruption, finissent alors par dégénérer en irritation maladive; chez ceux qui mangent trop vite et ne mâchent pas assez leurs aliments, de manière que ceux-ci, mal divisés et imparfaitement insalivés, résistent au dissolvant gastrique; de ceux enfin qui usent de mets trop réfractaires au travail digestif, et surtout de condiments trop excitants.

Prises en trop grande quantité, les boissons sont nuisibles;

en délayant le fluide gastrique, de manière à annuler ses propriétés ; trop irritantes, comme les vins purs, surtout en certaine quantité, les liqueurs alcooliques, l'absinthe, etc ; le café n'est pas à l'abri de ce reproche.

Les personnes atteintes de gastro-entérite chronique voient très-souvent, pour peu qu'elles mangent, de l'acide urique et surtout des urates en abondance, dans l'urine. Des personnes condamnées à rester au lit par une maladie, une fracture, etc., doivent précisément à un dérangement des fonctions digestives, d'éprouver les douleurs de la goutte ou de la pierre, que l'on qualifie alors du nom de *douleurs rhumatismales*, de *goutte rhumatismale*, ou de *rhumatisme goutteux*.

L'inaction, aussi bien que les exercices violents après les repas, favorisent aussi la formation de l'acide urique. Les excès vénériens, surtout dans les mêmes circonstances, exercent l'influence la plus funeste ; il en est de même des chagrins opiniâtres, des insomnies, des contentions d'esprit.

Entre autres effets de la diathèse urique, sont : l'augmentation de la densité du sang et la gêne de la circulation, la pléthore, la dyspnée, l'oppression, des accès d'asthme, des battements de cœur, des troubles de sécrétion, la dilatation et quelquefois la flexuosité des vaisseaux, leur état variqueux, l'altération des os et les concrétions solides.

Les goutteux sont sujets non-seulement aux congestions cérébrales, aux apoplexies, aux ramollissements du cerveau, mais aussi aux maladies de la moelle épinière, surtout dans sa région terminale. L'abus des organes sexuels en est la cause par la phlogose qu'il détermine.

La diathèse urique détermine l'accroissement du tissu cellulaire et l'obésité, des éruptions herpétiques, le pityriasis, des furoncles, l'anthrax, etc.

L'irritation des reins, de la vessie, de l'urèthre, leur inflammation et ses conséquences peuvent aussi en être la suite. De là, la dysurie et même la rétention d'urine, par la contraction de la *valvule musculaire du col de la vessie*, le spasme, la contracture et jusqu'à la rétraction des muscles qui agissent sur la région membraneuse.

Enfin, la diathèse urique peut non-seulement occasionner l'impuissance, mais aussi la spermatorrhée. Chez la femme, elle détermine la diminution et même la suppression des menstrues. (*Soc. méd. du Panthéon.*)

DIPHTHÉRITE. Sur plus de 3000 cas que M. Bridger dit avoir observés en moins de trois ans, il a rencontré plus de deux cents fois une couleur rouge des valvules auriculo-ventriculaires et un aspect rugueux, épaissi, comme si un dépôt interstitiel s'était produit entre leur insertion autour de l'ouverture ventriculaire et leur attache aux cordes tendineuses du cœur. La lésion occupait une ou deux valvules, plus ou moins, selon la gravité du cas et selon le temps qui s'est écoulé entre le début des symptômes cardiaques et la mort.

L'invasion de ces symptômes a lieu tantôt au commencement de la diphthérite, tantôt à la fin, alors que le malade paraît aller mieux; ce sont une contenance anxieuse, respiration précipitée, pouls de 120 à 170, sensibilité de la région précordiale, mais pas de douleur, si ce n'est à la pression. Un léger murmure au sommet du cœur a été constaté quatre fois, il a duré deux fois une semaine, une fois plusieurs mois.

C'est parfois sous forme d'accès que ces symptômes se présentent avec une gravité qui exige l'emploi immédiat de stimulants diffusibles et des sinapismes, qu'il faut continuer jusqu'à la cessation des plus graves accidents. La durée de cet état varie de trois à sept jours. (*British med. Journ.*, 1864.)

Diphthérite infectieuse. Un beau succès a été obtenu par M. Bricheteau en employant le vin à haute dose chez un enfant de trois ans atteint le 1er novembre et admis le 7 à l'hôpital des Enfants, où il fut immédiatement trachéotomisé. Toute menace d'asphyxie disparaît aussitôt; mais les ganglions sous-maxillaires sont engorgés; des fausses membranes molles, grisâtres, fétides, tapissent les amygdales, les piliers antérieurs et le pharynx; quelques-unes sont expulsées. Le pouls est à 140.

Le 9, l'enfant est abattu, prostré, facies livide; la surface d'un vésicatoire se recouvre de fausses membranes. Néanmoins on retire la canule le 11, et la plaie a bon aspect. Mais l'état général reste grave; l'enfant refuse toute alimentation et ne prend que du vin sucré.

Le 14, il y a dyspnée, respiration fréquente, bruyante, trachéale, râles vibrants dans les deux poumons, et la déglutition des liquides produit parfois des quintes de toux pénibles. C'est alors que sur le conseil même du chef de service, M. Roger, l'enfant est emporté de l'hôpital le lendemain dans une prostra-

tion extrême, pouls à 144, respiration sèche, assez bruyante; râles à grosses bulles dans les deux poumons, surtout en arrière avec souffle à la base. Des fausses membranes grisâtres très-adhérentes recouvrent le vésicatoire, qui est pansé avec quinquina, calomel et bismuth.

Devant le refus de toute nourriture par l'enfant, M. Bricheteau lui fait donner du vin à discrétion. Dès le 16, il boit une bouteille de bordeaux avec addition de 50 grammes d'eau-de-vie, autant le lendemain, et une bouteille et demie le 18, et l'état général s'améliore d'une manière sensible sous l'influence de cette médication exclusive. Il en est de même des signes locaux, et en diminuant cette dose énorme de vin à mesure que l'appétit revient, la guérison de cette intoxication diphthéritique est complète au commencement de janvier. (*Gaz. des hôp.*, n° 3.)

DIPLOPIE. Monoculaire, cette altération de la vue est parfois le signe d'une affection cérébelleuse et peut servir, unie à d'autres, à en établir le diagnostic. Ce point étant généralement contesté, les deux observations suivantes, recueillies par M. Galezowski, ont une importance pratique qui n'échappera à personne.

I. Un journalier de vingt-neuf ans entre à l'Hôtel-Dieu en novembre 1864, salle Sainte-Agnès, n° 19. Un mois avant, il avait ressenti pour la première fois un étourdissement avant le dîner et était tombé sans connaissance en le finissant. Quoique l'accident fût dissipé le lendemain, il n'a commencé à marcher que huit jours après. Quinze jours plus tard, surviennent des vomissements pendant trois jours et une nouvelle attaque semblable. En examinant ce malade, M. le docteur Peter, chef de clinique de la Faculté de Paris, a pu constater une hémiplégie incomplète droite, affaiblissement notable de la main, douleurs de tête très-violentes dans la région occipitale, souvent des vertiges : pendant quelques jours, accès de folie. L'intelligence est conservée, mais la mémoire est sensiblement déprimée. La vue de l'œil droit est notablement affaiblie, le champ visuel périphérique est rétréci. La pupille est dilatée et immobile. De ce même œil il voit double à toutes les distances, et les images ne sont écartées que de 6 centimètres; cet écartement augmente très-peu pour les objets éloignés, et en regardant par exemple le poêle placé à six pas, il le voit double. Vers l'ex-

trême droite ou l'extrême gauche, même écartement des images. La diplopie persiste en le faisant regarder à travers un trou d'épingle fait dans une carte. Ce malade est resté dans le service pendant deux mois, et il en est sorti un peu amélioré. Vers les derniers jours, la diplopie monoculaire n'existait plus. A l'ophthalmoscope on ne trouvait qu'un peu de congestion capillaire externe plus prononcée de la papille.

II. Un tabletier, âgé de vingt et un ans, entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Rostan, en 1864, fut soigné par M. Lancereaux, chef de clinique.

Il raconte que c'était au mois d'août 1857 qu'il était tombé pour la première fois malade : il a eu une attaque nerveuse qui l'a fait tomber en avant, et resta huit minutes dans cette position. En se relevant, il a senti un mal de tête dans la région occipitale. Des vomissements apparurent et durèrent pendant cinq mois. Pendant ce temps, il tombait souvent, et toujours sur le côté droit. La mémoire s'est sensiblement affaiblie. La vue s'est troublée dans l'œil droit depuis le commencement de la maladie. Il voit double de cet œil, et les images ne sont éloignées que de 5 centimètres l'une de l'autre. Il n'y avait aucun trouble dans les muscles externes des deux yeux, et il s'agissait évidemment là de la diplopie monoculaire. L'ophthalmoscope n'a rien révélé. M. Lancereaux a diagnostiqué une affection cérébelleuse.

Ces faits démontrent clairement que la diplopie uni-oculaire peut quelquefois être attribuée à un désordre cérébral.

Cette cause paraît très-rationnelle, et elle est confirmée par quelques faits bien observés dont voici le résumé ; et l'on peut en trouver l'explication dans la disposition des fibres nerveuses qui constituent l'organe essentiel de la vision. On sait, en effet, que chaque nerf optique est composé de deux bandelettes bien distinctes, l'une externe, qui vient de l'hémisphère correspondant, et l'autre interne, qui prend son origine dans l'hémisphère opposé. Pour qu'un objet soit nettement perçu, il faut que l'image rétinienne arrive simultanément aux deux hémisphères, représentés pour la vision par les tubercules quadrijumeaux. Or, il peut arriver qu'un léger obstacle se trouve le long du trajet que parcourt la bandelette optique, et que l'impression rétinienne arrive un peu plus tard à un hémisphère qu'à l'autre ; ce retard pourra peut-être produire l'impression double dans le centre visuel avec un inter-

valle de temps aussi petit que ce soit. Il y aura ainsi diplopie monoculaire.

A moins donc d'admettre dans les cas précédents une diplopie purement rétinienne, comme MM. Pravaz et Stœber, et comme Rognetta l'a observée, on est obligé de s'en tenir à cette explication. Espérons que des recherches ultérieures dissiperont les obscurités qui règnent encore sur ce sujet intéressant de diagnostic. (*Ann. d'oculist.*, septembre et octobre.)

DIURÉTIQUES. *Graine de clématite.* Leur action diurétique s'est montrée très-évidente dans deux cas d'hydropisie liée à l'albuminurie. *V. ce mot.* M. Sauveur dit en avoir retiré des effets presque toujours avantageux dans d'autres épanchements séreux, symptomatiques, d'autres lésions des viscères abdominaux.

Nouveau vin diurétique.

Jalap concassé	8 grammes.
Scille divisée	8 —
Sel de nitre	15 —
Vin blanc	1 litre.

La dose est de 3 à 4 cuillerées à bouche par jour.

DOULEURS. Le sinapisme est un moyen très-employé d'en faire cesser ou diminuer la manifestation, particulièrement dans les régions thoracique et abdominale, pleurodynie idiopathique et symptomatique, névralgies rhumatismales et autres, coliques diverses, etc. Mais son effet est de courte durée, et il ne peut être ni prolongé ni répété sur la peau sans danger. M. Besnier, pour en prolonger l'action sédative, propose d'y substituer immédiatement les topiques stupéfiants comme règle générale, les teintures d'opium ou de belladone en embrocations ou autrement. Ainsi, l'irritation cutanée étant produite à volonté et, suivant les cas, avec de l'eau chaude, de la moutarde, des ventouses sèches, la faradisation, on peut recouvrir la partie d'un cataplasme arrosé de ces liquides stupéfiants. Des applications permanentes de glace lui ont aussi donné des succès inespérés dans les coliques hépatiques et utérines. Si la douleur persiste, il faut recourir alternativement à ces deux moyens différents. Soit que l'éréthisme vasculaire et nerveux, développé par les irritants, favorise l'action des to-

piques stupéfiants, soit que la perturbation produite par l'action successive de ces deux médications opposées puisse être invoquée, toujours est-il qu'il en a observé les meilleurs effets.

Par sa simplicité et sa facilité d'exécution, ce procédé peut être essayé préférablement à la méthode stupéfiante endermique, l'acupuncture multiple et simultanée, les injections hypodermiques, beaucoup plus compliquées et moins facilement appréciables. (*Bull. de thérap.*, n° 5.)

DYSENTERIE. L'influence nocive d'un cloaque sur sa production a été constatée expérimentalement par le docteur Clouston, médecin de l'asile de Cumberland. Les matières contenues dans ce cloaque servaient à l'irrigation d'un champ situé à proximité de l'asile. Quand le vent soufflait de ce champ vers l'asile, les cas de dysenterie se produisaient invariablement environ après huit jours d'incubation. (*Med. Times*, juin.)

Traitement. *Calomel.* Comme Magendie l'a fait en physiologie, M. Pécholier, faisant table rase de tout ce qui a été admis avant lui en thérapeutique, prétend n'établir son jugement que d'après ses expériences personnelles, comme si lui seul pouvait être infaillible. De là celles qu'il a faites notamment chez des militaires de la garnison de Montpellier, sur l'emploi du calomel dans la dysenterie, pour en déterminer les indications et les inconvénients.

L'emploi doit en être réservé, suivant lui, à la dysenterie aiguë, fébrile, de nature catarrhale, avec prédominance plus ou moins inflammatoire, et complication bilieuse, laquelle se manifeste spécialement dans la saison chaude. Les huit observations qu'il rapporte offrent le type de cette variété. Ainsi les malades avaient le teint et la sclérotique plus ou moins jaunes, de l'anorexie, des nausées; la langue était sale et parfois jaunâtre à la base, l'hypochondre droit en certains cas douloureux: ce qui faisait penser aussitôt à l'emploi d'un vomitif ou d'un purgatif. Mais il y avait en même temps de la fièvre, la peau était chaude, le pouls fréquent, le pourtour de la langue rouge, l'enduit buccal adhérent, les douleurs abdominales vives, les matières rendues brûlantes et très-peu copieuses; ce qui dénotait un état d'irritation qui faisait redouter les effets des évacuants et indiquait au contraire les émissions sanguines. Pourtant le pouls, facilement dépressible, montrait qu'il fallait y

recourir avec mesure pour ne pas affaiblir, déprimer les malades, d'autant plus que l'état saburral des premières voies entretenu par la constipation, peut prolonger cette irritation, cette phlogose sécrétoire.

En pareil cas, le calomel se présente naturellement à l'esprit. Il purge sans irriter, et paraît même abattre l'éréthisme sanguin. Les deux symptômes prédominants sont donc combattus rationnellement à la fois.

M. Pécholier a vérifié en effet, par quelques expériences sur des lapins, que si, à dose élevée, le calomel est un irritant énergique de la membrane muqueuse de l'intestin grêle qui congestionne violemment le foie par l'absorption du mercure et peut même donner la mort, il n'est plus qu'un excitant local à dose moindre et fractionnée, qui abaisse les forces agissantes, conformément à l'idée que l'on se fait de son action sur l'homme. C'est bien comme purgatif doux, sédatif et antiplastique qu'il agit plutôt que comme dérivatif métasyncritique, ainsi que l'ont soutenu Bretonneau et M Trousseau. Si à haute dose, il peut produire cette dérivation en substituant à une inflammation spéciale de mauvaise nature une inflammation franche, ainsi qu'il résulte des expériences et des conclusions des auteurs anglais, cette action ne peut être que très-faible en l'employant à dose thérapeutique. Elle ne pouvait s'opérer qu'en activant la sécrétion des cryptes muqueux : or l'action n'étant pas directe, puisque le calomel, comme la plupart des purgatifs, n'agit que sur l'intestin grêle alors que la dysenterie est fixe sur le gros intestin, la dérivation ne peut être que très-faible, malgré l'analogie et la sympathie des organes entre eux, et il n'y a pas grand crédit à faire, ce nous semble, sur cette action.

Quoi qu'il en soit, le calomel semble particulièrement approprié à ces cas, et en en adoptant l'emploi, comme règle générale à la dose d'un gramme en cinq à huit paquets à prendre toutes les trois heures, M. Pécholier a vu le succès couronner sa pratique, sauf à faire la médecine du symptôme et à combattre sévèrement les signes les plus tranchés, les complications pour ainsi dire, comme tout praticien prudent et judicieux doit le faire. C'est ainsi qu'il l'a fait précéder, dans quelques cas, de sangsues et ventouses, quand l'éréthisme sanguin est très-prononcé ; de l'opium, quand l'élément douleur prédomine, et de même des autres symptômes, en les analysant comme il l'a fait. Rien de nouveau donc à cet égard, non plus que de la

stomatite qui s'est montrée dans quelques cas. Un emploi raisonné, et non systématique, exclusif, empirique, du calomel à la manière anglaise, comme antidote de la dysenterie, est tout ce qui distingue la pratique de M. Pécholier, et le mémoire qui en est l'expression. Mais il nous semble aussi trop absolu, en concluant qu'il est formellement contre-indiqué dans la dysenterie vraiment inflammatoire, du moins au début, dans la dysenterie nerveuse et dans la dysenterie bilieuse simple, pour laquelle les autres évacuants lui paraissent préférables. Fondé sur une expérience aussi limitée de cette maladie protéiforme, il n'est pas suffisamment autorisé à en proscrire ainsi l'emploi, surtout sous une forme unique, c'est-à-dire à dose purgative, lors même qu'il aurait rencontré tous ces cas dans sa pratique. Qui dit que la méthode de Law, dite altérante, ou même celle d'Annesley, ne réussissent pas mieux en d'autres lieux ? Il faut avoir observé, pratiqué dans les divers pays où elle se manifeste avec le plus d'intensité, pour porter un jugement aussi décisif. Aussi les appréciations des médecins militaires et de marine méritent-elles beaucoup plus de crédit à cet égard.

(*Des indications de l'emploi du calomel dans le traitement de la dysenterie*, par le docteur G. Pécholier, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier. In-8.)

DYSMÉNORRHÉE. Il est surtout important d'en déterminer la cause exacte avant d'en commencer le traitement, sinon on s'expose à des déceptions, des mécomptes aussi préjudiciables au médecin qu'à la science elle-même.

Dysménorrhée physique. C'est ainsi que dans un cas de cette variété rare, mais très-importante à connaître, puisqu'elle peut empoisonner l'existence des femmes, une jeune fille fut vainement soumise pendant plusieurs années à des traitements variés, faute d'avoir reconnu l'obstacle mécanique à l'écoulement du sang. Dès le début de la menstruation, elle éprouvait des douleurs vives qui la faisaient se rouler par terre. Son père, médecin, recourut inutilement aux cataplasmes, aux bains, à l'armoise, l'éther. A dix-neuf ans, en 1856, elle fut soumise à des cautérisations hebdomadaires qui ne produisirent pas meilleur effet, et ce n'est qu'en 1864 que le docteur Tillaux, appelé à l'examiner, diagnostiqua une dysménorrhée physique, d'après l'exposé des symptômes suivants :

Bonne santé habituelle, mais à chaque époque, trois ou quatre jours avant l'apparition du sang, sensation d'un poids considérable dans le bas-ventre avec malaise général. L'irruption des premières gouttes de sang était accompagnée de douleurs atroces. Coliques extrêmement intenses; gonflement du ventre, envies constantes de vomir; région épigastrique gonflée et douloureuse, face altérée. Tous les aliments liquides et solides étaient rejetés aussitôt. Cet état ne durait guère qu'un jour, et les souffrances étaient moins intenses pendant les trois jours suivants que les règles continuaient à couler. Elle ne pouvait pendant ce temps ni agrafer aucun vêtement, ni se livrer au moindre travail. *Aussitôt que l'écoulement cessait, les douleurs disparaissaient immédiatement.* De la courbature et du malaise y succédaient.

L'absence d'inflammation locale, d'écoulement vaginal, de douleur au toucher ni au ballottement de l'utérus, excluaient l'idée d'une dysménorrhée inflammatoire. L'aspect général tout opposé à la chlorose et à l'anémie, un appétit excellent, l'absence de souffle artériel, de douleurs névralgiques, excluaient également celle d'une dysménorrhée constitutionnelle. Il ne pouvait donc s'agir que d'une cause physique, constante, et la persistance de cet état aussi bien que l'ensemble des symptômes s'accordaient avec ce diagnostic. L'impossibilité d'introduire un stylet boutonné très-fin dans le col confirma l'existence d'une atrésie de cet organe. On tenta dès lors la dilatation avec l'éponge, une bougie de gomme élastique, le *Laminaria digitata*, et à la suivante époque menstruelle, aucune douleur ne se fit sentir et n'est reparue depuis plus de trois mois (*Bullet. de thérap.*, n° 7). C'est en pareil cas que M. Marion Sims préconise l'*hystérotomie*, c'est-à-dire la division même du col, qu'il pratique largement. On trouve l'exposé de ses leçons à ce sujet dans *Lancet*, avril.

Traitement chirurgical. Suivant M. Sims, la pathologie de cette affection est encore si peu connue, qu'il serait surpris si elle était même exactement définie par la prochaine génération. C'est simplement un signe ou un symptôme d'un changement organique morbide résultant de l'inflammation ou causé par elle, mais dont le mode est mécanique dans tous les cas. Il pose en axiome qu'il ne peut y avoir dysménorrhée véritable, si l'orifice du col de l'utérus est droit dans toute sa longueur et

assez large pour permettre facilement le passage du sang menstruel ; en d'autres termes, qu'il y a toujours, lorsqu'elle existe, obstacle mécanique à l'effusion du sang dans une partie quelconque du col. (*Lancet*, 8 juillet.)

C'est diamétralement l'opposé des doctrines de M. H. Bennet, qui, comme la généralité des auteurs français, reconnaît une dysménorrhée constitutionnelle. Mais, dit M. Sims, il n'y a absolument rien de semblable, *there is no such thing, absolutely nothing*. Et, prenant sa comparaison dans l'anasarque, pour montrer qu'elle n'est jamais idiopathique, la dysménorrhée n'est également pour lui qu'un symptôme de l'inflammation, d'ulcérations, de tumeurs, de déplacements, de flexions d'une partie quelconque de l'utérus ou de son col.

Voici la statistique qu'il fournit à l'appui :

Sur 250 femmes mariées stériles, 100 avaient une menstruation douloureuse, et 29 étaient dysménorrhéiques. Des premières, 59 avaient une antéflexion, dont 17 avec des tumeurs fibreuses dans la paroi antérieure ; 25 avaient une rétroversion, dont 7 avec des tumeurs fibreuses dans la paroi postérieure ; 17 présentaient une position normale, dont une avec une tumeur fibreuse du fond de l'utérus. De plus, le col était normal seulement chez 6, contracté chez 90, fléchi chez 64, congestionné chez 7, avec polypes chez 2.

Des 29 cas de dysménorrhée, il y avait antéversion dans 23, dont 14 avec tumeurs fibreuses de la paroi antérieure ; rétroversion dans 3, avec des tumeurs fibreuses dans la paroi postérieure; position normale dans 3 cas seulement. Mais dans aucun le col n'était normal, contracté dans 26, fléchi dans 23, avec polypes dans 2, congestionné dans 1. (*Lancet*, 4 mars.)

Dès lors le traitement de la plupart des maladies de cet organe ne saurait être que chirurgical, et c'est ainsi qu'il préconise, à l'instar du professeur Simpson et de M. Spencer Wells, l'incision interne du col, dont il décrit longuement le manuel opératoire, les effets salutaires et surprenants contre la dysménorrhée.

Le col découvert à l'aide du spéculum, il saisit, avec une longue aiguille, la lèvre antérieure, qu'il fixe et maintient en bas. Il divise ainsi complétement de chaque côté la portion sous-vaginale du col avec des ciseaux, puis il introduit à l'intérieur une petite lame courbe et mobile, attachée à la pointe

d'un long manche, et incise encore la partie supérieure de chaque côté.

M. Bennet combat énergiquement cette règle absolue et cette opération, qu'il ne trouve fondées ni en principe, ni dans leur application à la dysménorrhée. Tout en faisant une très-large part aux causes mécaniques, l'incision du col lui paraît inutile et dangereuse. Inutile, car la dysménorrhée existe sans obstacle mécanique au cours du sang, et résulte souvent d'ulcérations ou d'engorgement qu'il suffit de guérir pour la faire cesser ; et, d'ailleurs, cet obstacle est souvent purement spasmodique, et, dans tous les cas, la dilatation avec les sondes, les bougies, les mèches, ou le redressement avec des tiges, des pessaires, suffit à le faire disparaître ; dangereuse, car il en est résulté des hémorrhagies graves, comme M. Kidd en a cité un cas à la Société obstétricale de Dublin (13 mai) ; la division du sphincter amenant un relâchement consécutif préjudiciable à la gestation, comme un exemple en est rapporté par M. Gream ; le rétrécissement cicatriciel peut aussi s'ensuivre ; enfin, une autre objection, et peut-être la plus sérieuse, dit M. Kidd, c'est l'inflammation locale qui peut en résulter et s'étendre au péritoine.

C'est à prendre parti pour l'un de ces deux moyens, la dilatation ou l'incision du col, que se sont arrêtés tous les membres de la Société obstétricale de Londres qui ont pris part à cette discussion. Déclarée insuffisante, la première n'a rallié qu'un petit nombre d'adhérents, et encore est-ce pour se réserver de recourir à la division ultérieurement en cas d'insuccès, tandis que la majorité a adopté celle-ci d'emblée. Ce n'est guère que sur le lieu où elle doit être faite dans l'intérieur du col, et la profondeur à lui donner, que portent les dissentiments. Ainsi, la forme conique du col, qui, selon M. Barnes, est une cause d'hématocèle péri- et rétro-utérine et de péritonite, et qui amène la stérilité, nécessite particulièrement l'incision de l'orifice externe. Dans la grande majorité des cas au contraire, suivant MM. Greenhalgh et Routh, le rétrécissement siége à l'orifice interne. Mais, dans tous les cas, la plupart ont répudié l'incision complète, totale des lèvres, comme la pratique M. Sims. Le docteur Williams l'a condamnée sévèrement en la comparant à la division de part en part du pénis pour un rétrécissement de l'urèthre, qu'aucun chirurgien ne voudrait faire. Il ne s'est pas encore trouvé, en effet, d'assez audacieux coupeurs, en

Angleterre, pour la proposer, et la discussion récente sur l'uréthrotomie interne, à la Société impériale de chirurgie, prouve qu'il en est de même ici. La timidité des chirurgiens anglais est même si grande à l'égard de l'hystérotomie, que plusieurs s'en tiennent à des scarifications internes suivies de la dilatation consécutive. De nombreux instruments ont été inventés à cet effet depuis le métrotome du professeur Simpson : entre autres, le double bistouri caché de M. Greenhalgh, dont l'action est très-superficielle ; l'hystérotome du docteur Savage ; ceux de MM. Barnes, Routh, etc. C'est surtout à faire valoir le sien en particulier, au détriment des autres, que s'est appliqué chaque orateur. Il est donc bien avéré par là que le traitement de la dysménorrhée est purement chirurgical aujourd'hui en Angleterre. C'est timidement que quelques rares praticiens défendent encore les applications médicales, sans pouvoir déterminer nettement les cas où ils conviennent.

Le docteur Gusserow adopte aussi en partie ces idées exclusives ; il ne voit que rétrécissement interne ou externe dans la dysménorrhée. D'accord avec M. Barnes, il fait de la conicité du col, facilement reconnaissable au toucher ou à l'inspection, le caractère de celui-ci ; l'autre se distingue par le cathétérisme du col avec des sondes graduellement plus grosses. Elle se montre sous deux formes symptomatologiques : parfois les douleurs commencent avant l'apparition du sang, comme si, versé dans l'utérus, cet organe faisait une contraction pour l'expulser ; d'autres fois les douleurs sont sous forme d'accès plus ou moins rapprochés, comme dans le travail puerpéral ; le sang ne peut être expulsé aussi vite qu'il est versé dans l'utérus, et il s'en échappe par paroxysmes (*Berliner Klin. Woch.*). Toutefois cette doctrine n'a pas autant de prosélytes en Allemagne que dans le royaume uni, et le traitement chirurgical est loin d'y être aussi généralement adopté.

Conicité du col. Indiquée par Lisfranc le premier, c'est lui-même qui l'affirme (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. II, p. 139), comme s'opposant à la fécondation et contre laquelle, comme les chirurgiens anglais et italiens, il pratiqua une fois avec succès une double incision latérale du col dans la portion inférieure avec un lithotome caché. Mais soit en raison de l'homme qui la préconisait, ou de la répulsion qu'elle inspirait,

cette opération n'a pu être répétée en France. Cette forme spéciale du col n'a même été que rarement signalée depuis, comme le constate M. le docteur Bertet (de Cercoux) dans son récent mémoire *Pathologie et chirurgie du col utérin*, couronné par la Société de médecine de Bordeaux.

Spéculum-ventouse. C'est principalement contre la dysménorrhée que l'inventeur, M. Saura, professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Madrid, dirige ce nouvel instrument, mais dans un tout autre but que de couper, de diviser. Le vitalisme est trop en honneur en Espagne pour sacrifier ainsi brutalement au fer et au feu. Ici on aide, on sollicite la nature médicatrice, sans la tourmenter, la violenter. Voy. Spéculum.

DYSPEPSIE. Aux diverses complications dont cette affection protéiforme de l'estomac peut être l'origine, M. Pihan-Dufeillay ajoute l'hémiplégie, qui y serait liée au même titre que les anesthésies cutanées, les vertiges, les faiblesses musculaires (voy. Hémiplégie). Il faudrait donc y porter de plus en plus attention.

Bains de valériane.

♃ Racine de valériane concassée. . . . . 500 grammes.

Faites infuser pendant une demi-heure en vase clos dans trois litres d'eau bouillante, et ajoutez cette infusion à l'eau d'un bain ordinaire.

Suivant M. Beau, qui lui accorde une grande confiance et le prescrit très-fréquemment dans la dyspepsie, l'anorexie, ce bain exerce une double action sur les phénomènes nerveux et les fonctions de l'estomac, dont les troubles sont si souvent liés à ceux-là. Il provoque un appétit extrêmement vif et en moins de temps que le bain sulfureux. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, février.)

Fiel de bœuf. Il a été employé comme tonique par le professeur Wolf dans les affections dyspeptiques, lorsque celles-ci dépendent d'un état atonique de l'estomac et des intestins. Son utilité a encore été constatée à titre de purgatif dans les cas où il faut produire une excitation énergique du tube intestinal et dans ceux où la sécrétion biliaire se faisant d'une manière défectueuse, il y a constipation opiniâtre. Dans ces cas, le fiel de bœuf a rendu à l'auteur plus de services que tous les autres

agents thérapeutiques indiqués. C'est ainsi qu'il a guéri un malade qui présentait tous les symptômes de la cirrhose du foie : peau ictérique, constipation continuelle, amaigrissement sans cesse progressif. Lorsqu'il s'agit de provoquer des selles, l'auteur fait dissoudre de 4 à 6 gros d'extrait de fiel de bœuf dans 6 onces d'un liquide aromatique, et de cette solution il administre au malade quatre fois par jour une cuillerée à soupe. Lorsqu'on emploie le fiel de bœuf comme tonique, on peut se contenter de plus faible dose.

L'extrait de fiel de bœuf est un médicament ancien auquel nous sommes resté fidèles ; nous l'employons assez souvent dans les dyspepsies intestinales, et nous ne pouvons que confirmer les assertions de M. le professeur Wolf. (*Scalpel.*)

Nouveau Guide du dyspeptique, recherches sur la dyspepsie iléo-cœcale, par M. le docteur Hippolyte Bachelet, ex-médecin du dispensaire général de Lyon. 1 vol. in-18 de 265 pages. *Germer Baillière.*

Ce travail, très-bien écrit, quoique un peu prolixe, a été publié en très-grande partie dans l'*Union médicale*, en 1864. Le *Dictionnaire* en a de même donné l'analyse doctrinale et pratique.

DYSPHAGIE. Complication symptomatologique de la fièvre typhoïde suivant le docteur Kennedy et dont il distingue deux variétés, l'une grave, l'autre légère. (Voy. Fièvre typhoïde.)

DYSTOCIE. Par des expériences sur le cadavre, M. Delore (de Lyon), a tenté de résoudre divers problèmes de mécanique obstétricale auxquels il a trouvé les réponses suivantes :

1° Quelle est la résistance du bassin ? 400 kilogrammes.

2° Quelle est celle de la tête fœtale aux tractions du forceps et à la pression de ses branches ? 100 kilogrammes, si elles s'exercent sur une large surface, 40 seulement dans le cas contraire.

3° Quelle est la pression transmise à la tête par une traction connue ? Une forte pression sur le diamètre occipito-frontal empêche la réduction du bipariétal d'autant plus que la traction est plus considérable.

4° Quelle force de traction est nécessaire pour obtenir une certaine réduction entre l'angle sacro-vertébral et le pubis ? Elle ne doit pas dépasser 80 kilogrammes.

5° Quelles doivent être la force et la direction de la traction ? Celle qui se fait en dehors de l'axe amène une déperdition de force de 15 à 40 kilogrammes pour des tractions de 50 à 100 kilogrammes.

6° Vaut-il mieux opérer la traction uniformément ou par de légers mouvements de latéralité. Ceux-ci suffisent pour abaisser la traction de 10 à 70 kilogrammes. (*Acad. des sc.*)

L'expérience clinique, on le voit, avait consacré d'avance le résultat de ces expérimentations, dont la précision rigoureuse n'est ainsi applicable qu'à ces instruments compliqués, comme celui de M. Chassagny (de Lyon), en vue duquel elles ont surtout été faites. Elles sont donc à peu près sans nouveauté ni utilité pratique pour l'emploi du forceps ordinaire. C'est ce que démontre mathématiquement M. Petit (de Lille), quant à la préférence que ces expériences tendent à accorder à l'emploi de la version sur le forceps, quand la tête a un centimètre de plus que le bassin. La pression du forceps pour obtenir la réduction de la tête entre l'angle sacro-vertébral et le pubis étant évaluée à 80 kilogrammes et ceux de la traction de 40, il s'ensuit un total de 120 au moins, car il rapporte un exemple de fracture spontanée du pariétal sur le promontoire sous la pression seule de l'utérus. Or, quelles lésions ne produirait pas cette force de traction sur le cou et la moelle épinière par la version ? (*Bull. méd. du Nord*, septembre.)

Parallèle entre la vie de la mère et celle de l'enfant. Il est positif, dit le docteur Radford, que dans un premier accouchement, on doit prendre en plus grande considération le salut de la mère, car elle n'avait pas, lorsqu'elle conçut, connaissance de l'infirmité qui l'empêche d'avoir un enfant vivant, et il est juste de lui tenir compte de cette inexpérience.

Il n'en est plus de même si elle devient de nouveau enceinte; c'est de propos délibéré, sachant parfaitement à quoi elle et son enfant seront exposés, qu'elle est devenue mère, et alors il faut supposer que dans ses calculs, la conservation de son enfant a tenu une certaine place. L'accoucheur, par conséquent, ne fait que l'imiter en accordant cette fois plus d'importance à ce dernier élément du parallèle, à ce second intérêt.

D'ailleurs, affaiblie, minée par une maladie chronique ou incurable, la vie d'une femme n'a pas autant de prix et ne doit

pas motiver les mêmes sacrifices que s'il s'agit d'une femme saine, robuste, qui peut avoir encore plusieurs enfants.

Enfin, il faut distinguer dans cette comparaison si la cause qui fait obstacle à l'accouchement est permanente ou seulement temporaire. Dans ce dernier cas, le sacrifice d'un fœtus par la crâniotomie ne devrait pas peser du même poids sur la conscience de l'accoucheur, puisqu'il aurait l'espoir de racheter ce malheur ou ce dommage, après la guérison de la mère, par l'heureuse naissance ultérieure de plusieurs enfants vivants. (*British med. Journ.*, avril.)

Ces considérations qui semblent un compromis entre les doctrines contraires du sacrifice de l'enfant ou celui de la mère, n'ont pas la même valeur. C'est ainsi que la seconde ne peut s'appliquer qu'aux filles-mères. D'ailleurs un grand fait les domine toutes, c'est que l'accoucheur ne doit se décider que d'après les indications.

Levier. Cet instrument, qui jouit de peu de crédit en France, est de plus en plus conseillé par les accoucheurs italiens, à mesure qu'ils l'emploient à l'exemple des accoucheurs belges et flamands. Par suite de ses expériences d'obstétrique expérimentale sur le cadavre, le professeur Fabri (de Bologne), l'a conseillé non plus seulement pour redresser la tête dans les positions inclinées, mais comme agent de traction préférable au forceps, quand le vertex ou la face sont arrêtés par une angustie du premier degré, ou que l'étroitesse des parties empêche l'application de celui-ci.

Le docteur Raffaele (de Naples) a posé en outre des indications très-précises de son mode d'action au congrès de Lyon. Il lui donne la préférence sur le forceps dans les rétrécissements antéro-postérieurs du détroit supérieur, et c'est à en montrer les avantages comparatifs et le mode d'application qu'il s'est efforcé dans sa note à ce sujet. Mais on peut dire que le meilleur instrument est celui dont on sait se servir et dont on a l'habitude; une branche de forceps pouvant suffire dans bien des cas à remplacer le levier. « Il mérite pourtant plus d'attention qu'on ne lui en donne dans l'état actuel de la science, dit M. Stoltz, et quand on l'aura mis plus souvent en usage, on lui reconnaîtra des avantages qu'on lui refuse actuellement. » C'est par l'expérience en effet que l'on connaît la valeur des choses, et c'est là une raison de s'en servir.

(*Note sur le levier*, par le docteur Raffaele, dans *Congrès méd. de Lyon*, p. 581.)

Dilatation sacciforme du segment postérieur. La nouvelle cause de dystocie signalée par M. Parise, l'année dernière, et attribuée à une grossesse utéro-interstitielle (voy. *Dictionnaire*, 1864), a été éclairée et rectifiée, on peut dire, par le rapport de M. Devilliers, et surtout les éclaircissements donnés par M. Depaul, qui a terminé l'accouchement. C'était tout simplement un développement anormal de l'utérus, et la dilatation, au lieu de porter sur le segment antérieur, avait porté sur le segment postérieur, ce qui est infiniment rare. Une observation en est pourtant citée dans le *Dictionnaire* de 1864 (voy. Grossesse). Les fibres circulaires de l'orifice interne du col, placé très-haut sous le pubis, étaient hypertrophiées, dures, devenues métalliques, et l'enfant, accroupi, était placé dans la dilatation. Il suffit à M. Depaul, après avoir constaté, reconnu cette disposition anormale, d'inciser cette bride avec un bistouri convexe et boutonné dans l'étendue de 2 centimètres environ, pour introduire la main, saisir l'enfant mort, putréfié, et l'extraire. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Bingé, en 1825, avait signalé cette espèce de dilatation sous le nom de fausse rétroversion, mais sans cette rigidité des fibres circulaires de l'orifice interne ; l'observation seule de M. Francke la signale (*Union méd.*, 1864, n° 108).

Rétrécissements. *Forceps ou version?* Cette question tant agitée a été l'objet d'un examen comparatif et expérimental qui tend à sa solution, non par un oui ou par un non absolus, exclusifs, mais à cause de sa complexité, par des indications spéciales, différentes pour l'un et l'autre moyen. C'est pour ne pas les avoir distinguées que la confusion a provoqué tant de discussions stériles à cet égard.

Dans un mémoire à ce sujet, M. Joulin rapporte les avis, les opinions et les faits des accoucheurs français et anglais pour ou contre. On en a fait de même ailleurs pour les auteurs allemands. Ce travail synthétique, fait sans idée préconçue par un élève instruit de quatrième année, serait des plus utiles. Il n'a plus cette garantie, fait par un homme que sa position oblige d'avoir une opinion établie sur cette question capitale. Aussi cet examen est-il fait à un point de vue absolu. Les partisans de

la version et les observations qu'ils rapportent sont l'objet d'une critique toute spéciale. L'auteur eût pu trouver ici et là des faits plus favorables à cette pratique, par exemple : celui de M. Blot, ceux du docteur Wilson, mais il ne les a pas cherchés. Il condamne de même Cazeaux, qui examine, discute l'indication de l'un et l'autre moyen, suivant la présentation et le degré de retrécissement et le met en contradiction, parce qu'il admet la version avec un rétrécissement sacro-pubien de 7 à 8 centimètres et une présentation défavorable du sommet, tandis que dans un rétrécissement de 7 centimètres, avec une présentation favorable, il admet le forceps ; préférence qu'il justifie parfaitement avec cette autorité de praticien consommé qui sait varier et adopter les moyens de salut aux cas particuliers. Mais le critique repousse ce moyen-terme, et d'après ses expériences sur le cadavre et sans aucune observation clinique, il formule cette conclusion :

Dans les cas de vices de conformation du bassin, repousser la version et préférer le forceps toutes les fois qu'il pourra être appliqué, excepté dans les cas de bassin obliquement déformé. (*Revue médicale*, n° 9 et suivants.)

Une étude très-bien faite a été aussi consacrée à ce sujet par M. Petit (de Lille), à l'occasion de plusieurs rétrécissements de 7 et 8 centimètres où l'application du forceps fut infructueuse, et le plus souvent aussi bien que la version. Il en discute très-pratiquement les diverses chances, comparant entre eux les temps correspondants de l'application du forceps et de la version, les difficultés que l'on y rencontre et les accidents qui peuvent en résulter; il conclut : 1° Que sur un bassin rétréci par saillie de l'angle sacro-vertébral, un accident obligeant d'agir au début du travail, alors que le col est dilaté et les eaux récemment écoulées, l'application du forceps, quoique très-difficile, peut et doit cependant être tentée, parce que la version est d'autant plus dangereuse pour la mère et pour l'enfant que le bassin est plus rétréci. Cette opération étant manquée, on peut, soit faire la version céphalique et réappliquer le forceps, soit pratiquer la version pelvienne. La nature de l'accident déterminera le choix entre les deux opérations. Plus l'accident qui oblige à opérer sera pressant, plus vite il faudra en venir à la version. Il est entendu qu'il ne s'agit que des présentations céphaliques, les autres nécessitant la version pelvienne d'une manière absolue.

2° Si aucun accident n'oblige à terminer promptement, on suivra la doctrine des anciens accoucheurs, en attendant le résultat des efforts naturels d'expulsion, pour les aider à la fin par le forceps, s'ils se montrent insuffisants.

3° Peut-être faudrait-il ajouter que la version est absolument contre-indiquée lorsque le diamètre antéro-postérieur n'a pas plus de 7 centimètres et demi.

En un mot, dans les bassins rétrécis, la version peut rendre de grands services, mais comme moyen accessoire du forceps, et seulement alors que des contre-indications de présentation ou qu'un danger pressant s'opposent à son application. (*Bull. méd. du Nord*, septembre.)

Étroitesse du vagin. Une extrême rigidité du périnée offrant un obstacle insurmontable à la terminaison de l'accouchement chez une multipare de quarante ans, le docteur Murray, au lieu de courir les chances d'une rupture, sinon d'une perforation de cette partie, comme cela était inévitable, préféra recourir au procédé suivant. Il incisa la vulve de chaque côté plutôt que de diviser le périnée avec une sonde cannelée et un bistouri boutonné. Les lèvres furent divisées à leur tiers inférieur de haut en bas et en dehors dans l'étendue d'un pouce de chaque côté. La tête, retenue à l'orifice vulvaire, le franchit aussitôt, et le périnée tendu resta intact. L'incision latérale droite seule se prolongea, mais deux sutures rendirent aux parties externes leur conformation normale, et vingt jours après la femme quittait la Maternité, parfaitement guérie (*Lancet*, octobre). La myotomie sous-cutanée du constricteur du vagin, indiquée dans le *Dictionnaire* de 1864, paraît bien préférable.

Version par manœuvres externes. Imaginée pour obvier à ces dangers, cette version peut être fictive dans certains cas, tout en paraissant réelle. L'abondance des eaux, la proéminence de la poche et le peu de volume du fœtus favorisent cette méprise ; car il arrive parfois, dans ce cas, qu'aucune partie appréciable ne se présente au toucher. Force est de s'en tenir, pour diagnostiquer la position, à l'inspection et à la forme du ventre, signe très-équivoque, malgré la certitude que des accoucheurs ont voulu lui imprimer dans ces derniers temps. Nous crûmes ainsi à une position transversale chez une multipare, et nous étions sur nos gardes pour opérer la version in-

terne aussitôt l'écoulement des eaux, lorsqu'à notre surprise, nous rencontrâmes la tête très-haut placée et ballottant dans une vaste cavité, mais s'abaissant en première position, et nous n'eûmes qu'à attendre la première contraction pour son évolution spontanée. La méprise était d'autant plus facile dans ce cas, que l'enfant était très-petit et d'un volume beaucoup au-dessous de la moyenne.

Un fait analogue, relaté à la *Société des sciences médicales de Lyon* par M. Icard, nous suggère ces remarques. Chez une primipare enceinte de huit mois et portant un fœtus mort depuis huit jours environ, la proéminence des eaux ne permettait pas de reconnaître la partie fœtale, on sentait à gauche seulement une petite extrémité flottante fuyant devant le doigt. Les signes extérieurs seuls firent diagnostiquer une présentation de l'épaule gauche, dos en avant. De « légers efforts » entre deux douleurs suffirent à effectuer la conversion, et la poche des eaux s'étant rompue aussitôt, ce fut le siége qui se présenta. On s'était donc trompé manifestement sur les rapports du fœtus, et rien ne prouve qu'une véritable version externe ait été effectuée. Son *extrême* facilité et sa rapidité, autant que le petit volume du fœtus, permettent au moins le doute. Il n'y a de certitude absolue, à cet égard, que par la version bimanuelle de M. Braxton Hicks, c'est-à-dire en suivant, avec l'indicateur introduit dans le col, les mouvements imprimés au fœtus avec l'autre main à travers les parois abdominales. Toute autre observation, surtout dans les conditions sus-indiquées, nous semble sujette à contradiction.

En raison de sa doctrine que les présentations vicieuses dépendent d'une viciation du bassin, sinon de l'utérus, M. Pajot, sans repousser les manœuvres externes opérées avec prudence, ne croit guère à leur succès dans les rétrécissements considérables. (*Arch. de méd.*, sept.)

Seigle ergoté. Le danger de cet agent obstétrical ne serait que secondaire pour le fœtus, et en rapport direct avec l'intensité de son influence sur l'utérus, c'est-à-dire de l'énergie des contractions qu'il provoque, selon le professeur M'Clintock, de Dublin (*Dublin quarterl. Journ.*, mai). C'est là une interprétation nouvelle et peu en rapport avec les faits. Si tel était le secret qui divise les accoucheurs sur l'action toxique de l'ergotine, qui ne s'en serait aperçu ? On ne reçoit, au contraire, que

trop souvent des mort-nés à la suite de son emploi, sans que son action se soit manifestée très-sensiblement sur les contractions utérines. De nombreux faits pourraient donc seuls justifier cette appréciation.

Amputation spontanée de la lèvre antérieure. Parmi les nombreux faits intéressants relatés par M. Hyernaux dans ses *Fragments d'obstétrique* à l'Académie de médecine de Belgique, celui-ci mérite une mention spéciale par sa rareté. Une femme ayant une infiltration de la moitié inférieure du corps vient accoucher à la Maternité de Bruxelles, le 24 février dernier. Un élève la touche et croit sentir le cordon ombilical flottant au devant de la tête, déjà arrivée sur le plancher pelvien. Le maître examine à son tour et découvre que c'est la lèvre antérieure du col, notablement œdématiée, qui est mobile sur l'occiput, ce que l'événement ne justifia que trop. En effet, les douleurs sont fortes, le périnée bombe, et, tandis que l'interne le soutient, à l'étonnement commun, ce qu'il venait de prendre pour une anse ombilicale lui tombe dans la main au moment où la tête allait franchir l'anneau : c'était toute la lèvre antérieure du col, affectant la forme d'un croissant ayant 4 centimètres de largeur sur 11 de longueur, et tous ses caractères anatomiques. La section était nette, fraîche, et paraissait résulter d'une pression extraordinaire de la tête contre la saillie de la symphyse, et agissant sur un col infiltré moins dense et résistant, par conséquent, qu'à l'état normal. Nulle hémorrhagie n'a suivi cet acccident rare, dont l'accouchée ne s'est pas ressentie autrement.

Rupture de l'utérus. Chez une paysanne accouchant pour la quatrième fois, avec présentation de l'épaule gauche, une douleur très-vive se manifeste subitement dans le côté droit de l'abdomen, qui se tuméfie aussitôt. La main, introduite pour pratiquer la version, constate une déchirure longitudinale de 10 centimètres de l'utérus, par laquelle les doigts pénètrent dans la cavité abdominale. Un enfant petit et mort est amené et la délivrance opérée. M. Baumann réduit une anse considérable de l'intestin introduite dans la cavité de l'utérus. Il y avait donc bien rupture.

La guérison s'ensuivit néanmoins par le traitement suivant : Le vagin fut rempli avec des éponges aussi haut que possible.

L'utérus se contracta énergiquement, et pendant quelques heures, la femme supporta de vives douleurs. Des applications froides, des injections et des lavements tièdes furent employés avec de fortes doses de morphine. Tout se passa bien sans fièvre les quatre premiers jours, puis des vomissements survinrent, l'opium les fit cesser. Une selle abondante déterminée au sixième jour par des lavements amena une grande amélioration, et dès lors le mieux persista, et après six semaines, cette femme était complétement rétablie (*Edinb. med. Journ.*). Cet exemple remarquable peut servir de guide et d'encouragement dans des cas semblables.

Ce redoutable accident s'observe de moins en moins à l'hôpital *Rotunda* de Dublin. De 34 cas relatés durant les six années de majorat de Collins, dont 3 arrivés avant l'admission, le nombre en est tombé à 9 pendant les trois années du majorat de Johnson, et à 17 durant celui du docteur Shekleton. Dans ces trois dernières années, le docteur Cronyn, qui occupe ce poste, n'en a observé que 2 cas. Il attribue cette diminution à l'emploi plus fréquent du forceps. (*Dublin obstetr. Soc.*)

Rupture spontanée du col. Le danger peut encore en être aggravé par l'absence des symptômes généraux propres à en déceler l'existence ; car alors, au lieu de venir activement au secours de la femme par l'extraction naturelle ou artificielle du fœtus de l'abdomen, où il est passé en totalité ou en partie, l'accoucheur se borne à l'expectation dans le doute où il se trouve, et cette expectative ne peut jamais qu'être préjudiciable à la mère et à l'enfant. Aux nombreux succès pour l'un ou pour l'autre rapportés ici et là, et auxquels le docteur Dyer vient d'en ajouter un des plus remarquables où la gastrotomie, pratiquée quatre heures après l'accident, n'empêcha pas la femme de guérir, si bien qu'elle fit deux fausses couches ensuite et accoucha d'un gros garçon le 23 juillet dernier (*British med. Journ.*, n° 245), il suffit d'opposer le fait rapporté par le docteur Pucelle pour justifier cette proposition, qui en est la conséquence.

Une multipare de vingt-neuf ans, très-bien portante, en était à son septième accouchement le 9 janvier dernier, et tout marchait normalement, lorsque, en l'absence de l'accoucheur, les douleurs, devenues assez intenses, se suspendent tout à coup ; la femme pousse un faible cri en disant qu'il lui semble

qu'un vaisseau s'est rompu dans son ventre; succèdent une sensation de chaleur à l'épigastre, deux ou trois vomissements bilieux, un léger malaise général, et tout est dit.

Arrivé aussitôt, l'accoucheur constate une augmentation du ventre, avec saillie dure dans la région stomacale; la dilatation n'a guère augmenté; le col est plus dilatable; la tête n'a pas changé; pas d'écoulement sanguin.

C'en était assez pour redouter une rupture de l'utérus, et, dans cette crainte, en effet, le docteur Testelin est appelé. Mais l'état général redevient aussitôt excellent; les vomissements ont cessé, à peine s'il existe une légère douleur à l'estomac; pouls à 70; nulle hémorrhagie; rien au toucher ne révèle la gravité du cas, pas même trace de sang. Ni bruits, ni souffle à l'auscultation; l'enfant est donc mort.

En présence d'un tel état, l'incertitude était permise et l'expectation fut décidée. Les douleurs ne reparaissent que sept à huit heures après, et c'est alors seulement que le toucher ne percevant plus aucune partie fœtale, le col en partie refermé, l'écoulement du sang, l'augmentation du ventre, sa forme bilobée, la faiblesse du pouls, la soif, les bâillements, la pâleur, le malaise, ne laissent plus de doute sur la réalité de l'accident. Deux heures après, la femme succombait sans que rien ait été tenté, pendant cet espace de onze heures, pour la sauver.

La gastrotomie *post mortem* montra l'enfant entièrement sorti de l'utérus, ainsi que le placenta, et placés au devant de cet organe complétement revenu sur lui-même. La tête se trouvait dans le flanc droit, les fesses en haut. Le doigt introduit dans le vagin se montre à nu dans le ventre. La rupture était à droite sur toute la hauteur du col; pas d'autre altération qu'un amincissement des parois et une raréfaction des fibres musculaires, avec dégénérescence graisseuse localisée, ne put être constatée au microscope. C'est donc là un fait clinique exceptionnel très-intéressant au point de vue du diagnostic des ruptures de l'utérus. (*Bull. méd. du Nord*, avril.)

Rupture utéro-vaginale. En ne déterminant ainsi aucun accident dans les cas les plus graves, certains faits d'obstétrique ont bien lieu d'étonner et méritent d'être signalés comme exemple aux praticiens. Chez une bipare de trente-cinq ans, atteinte d'un rétrécissement du bassin, entrée à la Maternité de Bruxelles, le 17 octobre 1864, M. Hyernaux put aller cher-

cher l'enfant dans l'abdomen à travers une déchirure postérieure du col et du vagin, appliquer très-laborieusement le grand forceps sur la tête, qui s'était redressée au niveau du rétrécissement, et porter de nouveau la main dans l'abdomen, jusqu'à l'épigastre, pour chercher, saisir et extraire le placenta, sans que la mort fût la conséquence de toutes ces manœuvres si dangereuses. Dans un second cas, en ville, où une application maladroite de forceps avait produit une déchirure du cul-de-sac utéro-vaginal à gauche, pouvant admettre trois doigts et donnant passage à un paquet d'intestins grêles et d'épiploon, d'un aspect rouge violacé, le même accoucheur put également le réduire en entier, malgré la présence de la tête, opérer ensuite l'extraction de celle-ci avec le grand forceps, et voir se rétablir assez promptement la patiente (*Acad. de méd. de Belgique*, décembre 1864). Ce n'est donc pas tant la puerpéralité qui est à redouter, comme on ne cesse de le dire, pour l'exécution de certaines opérations, mais plutôt une cause interne, une prédisposition particulière, inappréciable, qui échappe et met les jours de beaucoup de femmes en danger à propos des plus légers accidents.

Rupture du cordon ombilical. Dans l'accouchement précipité, alors que l'enfant tombe d'une certaine hauteur et est entraîné, cette rupture s'effectue ordinairement à cinq ou six travers de doigt, selon M. Beluzi, comme dans l'observation qu'il rapporte (voy. Acc. PRÉCIPITÉ). A défaut de l'autorité des auteurs pour justifier cette assertion, ce tocologiste distingué a fait des expériences en attachant l'extrémité placentaire à un point fixe, en fixant à l'autre un poids de 2352 grammes, que l'on soulevait à une certaine distance du sol pour le laisser ensuite brusquement retomber. Dans chacune des douze épreuves qui eurent lieu, la rupture du cordon s'opéra irrégulièrement, il est vrai, mais cette irrégularité fut peu manifeste dans quelques cas, et une fois elle était aussi régulière que si l'on s'était servi de mauvais ciseaux, comme les sages-femmes les rencontrent le plus souvent chez les pauvres gens. (*Soc. méd. pratique*, et *Union méd.*, n° 139, 1864.)

Détroncation accidentelle. Convient-il d'attendre ou non, lorsque cet accident se produit et que l'utérus se referme aussitôt sur la tête? Il faut mieux attendre, suivant le précepte

de M. Dubois et suivi par des accoucheurs autorisés. Ainsi procéda M. de Soyre dans un avortement de cinq mois avec présentation du siége. Le médecin avait tiré sur les pieds, et comme le fœtus avait subi une macération avancée, le pied se détacha. Le tronc fut néanmoins extrait immédiatement, mais le cou céda, et la tête remonta, emprisonnée dans l'utérus, dont l'orifice s'était spasmodiquement contracté.

Aucun accident ne commandant d'agir, et le placenta restant dans l'utérus, M. de Soyre conseilla d'attendre, et dix-huit heures après des contractions reparurent, qui amenèrent l'expulsion naturelle de la tête et du placenta (*Gaz. des hôpit.*). Nouvel exemple qu'en obstétrique, la règle est de savoir attendre quand les accidents ne commandent pas impérieusement d'agir.

Crâniotomie sans instruments. Si parfois, en obstétrique, *nécessité fait loi*, ce n'est pas ainsi que M. Marinus, de l'Académie royale de médecine de Belgique, le comprend. « Il a pour règle de ne recourir à l'application d'instruments que lorsqu'il est démontré que le secours de la main est insuffisant. » Chez une femme atteinte de rétrécissement avec exostose, la tête restant enclavée au-dessus du détroit supérieur après trois jours de souffrances, et une application prolongée de forceps étant restée sans résultat, la crâniotomie fut pratiquée immédiatement avec les doigts. M. Deveine en enfonça deux vers la suture lambdoïde, et parvint à accrocher les pariétaux, qu'il enleva successivement par traction. La dure-mère restant intacte, une division avec des ciseaux permit aux doigts de l'agrandir et de vider le crâne, d'avoir prise ainsi pour tirer dessus et dégager la tête, « toujours avec les doigts ». La femme se rétablit parfaitement. (*Presse méd. belge*, n° 9.)

Procéder de la sorte à défaut d'instruments, rien de mieux ; mais en faire une règle, c'est la négation de l'art ; d'autant plus que ces tractions manuelles ne mettent pas mieux à l'abri des lésions des parties maternelles qu'une crâniotomie sans traction bien faite, tandis que l'on s'expose beaucoup plus à se blesser soi-même. Mieux vaut donc encore suivre les préceptes de l'art en les perfectionnant.

C'est ainsi que, par suite d'expériences sur la meilleure direction à donner à la tête du fœtus pour son extraction la plus facile après la crâniotomie, M. Hicks a reconnu que, si l'on s'est borné à perforer le crâne, et si le volume de la tête n'est

réduit que d'un quart, le mieux est de l'extraire par le vertex. Si, au contraire, la tête a subi une réduction plus considérable par le brisement de la base du crâne, il est préférable de faire présenter la face à la condition que le menton descendra en avant ; ce qui met les plus petits diamètres de la tête en rapport avec les plus petits du bassin. Un crochet mousse appliqué sur le rebord orbitaire facilite considérablement ce dernier mode d'extraction. (*Obst. Society*, décembre 1864.)

Opération césarienne. Sans avoir à relater tous les cas heureux de cette redoutable opération, il est utile de montrer ceux où elle doit être préférée au fœticide volontaire et prémédité. Chez une femme atteinte d'une exostose progressive du sacrum, qui avait produit la mort de l'enfant par un travail de cinquante heures dans un premier accouchement, et déterminé son sacrifice par la crâniotomie dans les deux suivants, le docteur Marchant se décida, dans un quatrième, à recourir à ce moyen suprême avant l'écoulement des eaux (*Journ. de méd. de Bruxelles*, décembre 1864). Bien lui en prit, car la mère et son enfant furent sauvés, et elle put ainsi goûter les douces jouissances de la maternité, pour lesquelles elle avait volontairement exposé sa vie au moins trois fois. Un succès aussi complet couronna la sage résolution de M. Peirano, de Chiavari, dans un cas semblable, le 11 mars dernier (*Gazz. med. di Torino*, 22 mai). Entre une opération qui sacrifie impitoyablement l'enfant et expose les jours de la mère, et celle qui peut les sauver tous deux, il n'y a, en effet, ni à transiger, ni à hésiter, lorsque l'on est appelé en temps voulu pour pratiquer la dernière dans de bonnes conditions et avec chance de succès, comme ces deux nouveaux exemples en sont la démonstration. La pratique de l'ovariotomie et ses succès tend d'ailleurs à familiariser avec cette opération, et à la rendre moins effrayante et peut-être aussi moins dangereuse.

Nouveau procédé de suture. Cette modification de M. Hyernaux (de Bruxelles), consiste, la peau étant divisée, à passer de chaque côté de la plaie un nombre de sutures proportionné à son étendue avant de procéder à la division de l'utérus ; cela fait, on reporte les extrémités de ces sutures et les anses qu'elles forment au-dessus de l'angle supérieur de l'incision, de manière à ne pas être gêné dans ses manœuvres ultérieures ; puis l'opération est continuée. L'enfant extrait, le tout remis en place

et nettoyé, on saisit les fils des ligatures placées, et, par une traction douce et rapide, les lèvres de la solution de continuité sont rapprochées aussitôt par la ligature. Ce procédé rend l'application des sutures plus facile et plus prompte, et s'oppose efficacement à la sortie des intestins, toujours si difficiles à contenir par les procédés ordinaires; il garantit les entrailles contre toute lésion, et empêche enfin plus ou moins, par la promptitude de l'exécution, la pénétration de l'air dans la matrice et dans la cavité abdominale. (*Bull. de l'Acad. de méd. belge*, nº 5.)

Par sa simplicité, ce procédé justifie parfaitement les avantages qui lui sont attribués, et mérite de se généraliser dans la pratique, s'il se confirme que cette quantité de fils ne gêne en rien les suites de l'opération.

Hémorrhagies. A la suite d'un accouchement rapide chez une primipare dont l'orifice externe offrait une grande résistance, une petite déchirure du périnée s'en étant suivie, le docteur Thorburn s'aperçut, après avoir donné des soins à l'enfant, que la mère était extrêmement pâle, sans pouls, plongée dans un état syncopal, et baignée dans son sang. Quoique l'utérus fût petit et dur, sa première idée fut de tenir la main dessus, et d'administrer une forte dose de seigle ergoté avec eau-de-vie et laudanum. L'hémorrhagie ne cessant pas, il en rechercha manuellement la source, et s'aperçut qu'elle provenait de la rupture d'une artère volumineuse du périnée. La saisir et la lier fut l'affaire d'un moment, mais l'accouchée fut longue à se remettre de cette abondante perte de sang (*British med. journ.*, mai). Preuve qu'il faut tenir compte des exceptions, et que, le plus sûr moyen de ne pas errer en médecine, c'est d'examiner scrupuleusement les cas avant d'agir.

Un praticien anglais, M. Roper, n'a pas craint d'injecter l'eau froide directement dans l'utérus dans deux cas d'hémorrhagie *post partum*, et en a obtenu la cessation immédiate par la contraction de l'utérus (*British med. Journ.*, avril). Si la température peut effrayer, ce moyen n'est pourtant pas à dédaigner quand les autres ont échoué. Les injections vinaigrées presque froides, préconisées pour provoquer le décollement du placenta à la suite de l'avortement des premiers mois et employées plusieurs fois par nous, n'ont jamais amené d'accidents ultérieurs. Pourquoi celles d'eau simple en produiraient-elles ?

Adhérences placentaires. La grande question, ici, est toujours de savoir s'il faut employer la force, ou si elle n'est pas plus dangereuse que la rétention elle-même. N'insister sur l'extraction que *si elle est possible*, selon le sage conseil de Cazeaux, nous semble *la loi et les prophètes*, comme nous l'avons déjà maintes fois exprimé. Chez une accouchée de mademoiselle Puéjac, où une contraction spasmodique de l'utérus semblait la seule cause de la rétention du placenta par enchatonnement, la dilatation forcée ayant été employée, on découvrit que des adhérences anormales existaient, et l'on ne put en obtenir qu'une portion. Puis, malgré un traitement très-actif, la femme succomba le dix-neuvième jour à une métrite gangréneuse révélée par l'autopsie. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, avril.)

Au contraire, dans un cas où il put s'assurer, par l'introduction de la main, que l'adhérence était complète, et qu'il ne pouvait séparer le gâteau placentaire qu'en le déchirant et en s'exposant à léser aussi le tissu utérin, le docteur Gressy cessa cette manœuvre et se borna à réprimer l'hémorrhagie, que ses tentatives avaient déterminée. Il y réussit, et, « en prévenant l'infection putride par une alimentation substantielle et le vin de Bordeaux, les suites de couches furent, à sa grande surprise, aussi simples et heureuses que possible. » (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, mai.)

Il est rationnel, contre cette rétention du placenta, de n'employer aucun moyen violent tant que des accidents n'en font pas une indication pressante. S'exposer à en faire naître, en vue de la résorption, de l'infection putride, est au moins étrange. L'absence d'hémorrhagie, après un certain temps, indique son adhérence avec l'utérus. Or, dans cette fusion intime qui assure la nutrition du tissu placentaire, comment redouter sa décomposition, sa désorganisation putride? Le plus sage parti est donc d'attendre en employant les moyens préventifs.

A Handbook of obstetrical operations (Manuel d'opérations obstétricales), par le docteur Playfair, accoucheur adjoint de l'hôpital de King's College, p. 232, in-8°.

Fidèle à son titre, cet ouvrage contient en autant de chapitres un résumé historique de chaque opération, avec ses indications, son manuel suivant les meilleures autorités, de manière à guider le praticien et à le rendre juge au besoin de celle qu'il doit choisir, et de la manière dont il doit l'exécuter.

E

EAUX. Eaux minérales. L'excitation qui suit toujours, selon M. Scoutetten, l'usage des eaux minérales prises en bain ou en boisson, comme un effet de l'action dynamique de l'électricité qu'elles contiennent, n'est pas réelle, dit M. Gigot-Suard. A la source de la Raillière, par exemple, le pouls se ralentit pendant un bain à 34, à 35 degrés, et la température de la peau, mesurée avec le thermomètre, s'abaisse d'un degré, tandis qu'une demi-heure après le bain, la réaction se manifeste et elle s'élève ainsi que le pouls. De même après l'ingestion. Le même effet se manifeste à Luxeuil, au Mont-Dore et sans doute ailleurs. C'est le contraire si le bain est à 37 ou 38 degrés. Alors le pouls s'élève de 10 à 15 pulsations pendant le bain et diminue après. Ce qui montre que le calorique explique bien mieux l'élévation du pouls dans ce cas, que l'action dynamique de l'électricité des eaux. (*Soc. d'hydrol.*, décembre 1864.)

Ne peut-on aussi admettre que la composition minérale de certaines eaux ne puisse déterminer le même effet sur la circulation que le calorique? Ces faits sont donc une réfutation logique et péremptoire de la doctrine trop absolue de M. Scoutetten. Ils montrent que plusieurs éléments concourent à l'action des eaux.

Contre-indiquées contre les ulcères phagédéniques, cancéreux et toutes les plaies atoniques. (Voy. Ulcères.)

Eaux sulfureuses. *Électricité.* Incité sans doute par les résultats annoncés par M. Scoutetten sur l'électricité des eaux minérales, M. Lambron a institué de nombreuses expériences à Bagnères de Luchon, desquelles il résulte que l'eau sulfureuse reçue dans un vase de verre ou dans une baignoire, présente un excès d'électricité positive dans les couches supérieures soumises à des transformations chimiques incessantes sous l'influence de l'air et de l'acide carbonique qu'il contient, tandis que les couches profondes, moins altérées, donnent un excès d'électricité négative. Deux lames de platine d'égale surface, non polarisées et bien isolées, l'une au fond du vase, l'autre à la surface, indiquent ce phénomène. En formant le circuit après avoir placé un galvanomètre au milieu, la déviation de l'ai-

guille indique qu'un courant électrique circule dans ce circuit extérieur des couches superficielles vers les couches profondes.

L'intensité du courant est en rapport direct avec la richesse sulfureuse des eaux et non leur température. Elle est faible d'abord, puis elle augmente bientôt sous l'influence des agents atmosphériques, et décroît ensuite avec plus ou moins de rapidité, en rapport avec l'altération de l'eau et non sa richesse sulfureuse ni le temps écoulé.

On constate de même que le corps d'une personne dans un bain s'imprègne différemment de ces deux électricités dans les parties correspondantes : celles qui sont dans les couches profondes se chargent d'électricité négative, les autres, d'électricité positive. Ce bain forme ainsi un couple simple dont le corps ferme le circuit interpolaire, comme les lames métalliques des appareils simples de Bucholz et de M. Becquerel. Dans ces conditions, c'est un véritable appareil *électro-chimique simple*.

Appliquées en douche, les eaux sulfureuses communiquent une électricité *négative* aux parties frappées, tandis que les autres sont *positives*. Si l'on donne à la fois deux douches de température différente, la partie qui reçoit la plus chaude est négative, l'autre est positive.

Les eaux sulfureuses transportées produisent les mêmes effets avec un courant moins intense et quelques modifications dans sa production, lorsqu'on les verse dans le vase. Il ne se produit dans toute son intensité que quand les décompositions et recompositions chimiques opérées sous l'influence de l'air sont en pleine activité.

Il est probable que ces courants électro-chimiques des eaux sulfureuses développées par le contact de l'air ont une certaine action sur l'économie ; c'est ce qu'il s'agit d'étudier. (*Soc. d'hydrologie* et *Acad. des sc.*, janvier.)

Contrairement aux expériences et aux assertions de M. Scoutetten, M. Schnepp a trouvé, comme M. Lambron, que les eaux minérales et sulfureuses de Bonnes, transportées et conservées, produisent par leur réaction sur la peau et les liquides de l'économie vivante, les mêmes phénomènes électriques que prises à la source (*Acad. des sc.*). Ce ne sont donc plus de simples dénégations qu'il s'agit d'opposer ici, des expériences contradictoires sont indispensables pour juger le différend.

Le docteur Dornetz (de Neuchâtel) est bien plus absolu. Les courants observés ne dépendraient que de l'acidité ou de la

saturation saline des eaux et de leur thermalité, de leur température, quand elle s'élève au-dessus de l'air ambiant, sans que le corps de l'homme ait rien à éprouver de pareils effets (*Union méd.*, n° 97). La négation ici est donc absolue quant à l'action thérapeutique.

Eaux potables. *Recherches sur la composition chimique et les propriétés qu'on doit exiger des eaux potables*, par M. Hugueny, professeur au lycée de Strasbourg. Un volume grand in-8° de 166 pages.

ECZÉMA. Rien de plus rebelle que ces eczémas chroniques de l'anus et du scrotum avec fissures, épaississement et induration de la peau, prurit torturant, etc. Or, ce sont précisément ces cas, ayant résisté deux ou trois ans à tous les remèdes, que M. Meade déclare guérir en une ou deux semaines en faisant prendre tous les jours au malade une décoction de salsepareille ou de douce-amère avec un 16ᵉ de grain, soit 30 milligrammes environ de bichlorure de mercure et le double de tartrate d'antimoine. D'après lui, cette médication serait couronnée par des succès journaliers à l'hôpital des maladies de la peau à Londres. (*British med. Journ.*, décembre 1864.)

M. Wilson conseille plus rationnellement trois applications topiques, répétées à une semaine d'intervalle, de parties égales de potasse caustique et d'eau. Si le remède est plus héroïque, il semble aussi plus efficace. (*Idem.*)

ÉLECTRICITÉ. *Appareil électrique de la raie.* Ce que M. Duméril avait annoncé par induction de l'électricité de ce poisson, M. Robin l'a démontré. Il a découvert, décrit et figuré cet appareil, dont le poids est bien plus faible en proportion que celui de la torpille et du gymnote. Il est seulement de 50 grammes, ce qui explique comment les pêcheurs n'en éprouvent pas de commotion. (*Acad. de méd.*, et *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, nᵒˢ 5 et 6.)

M. Matteucci, qui avait combattu, il y a quelques années, la théorie donnée par M. Robin à cet égard, s'est rangé depuis à l'opinion de son adversaire ; de nouvelles expériences lui ont donné aujourd'hui l'occasion de reconnaître généreusement son erreur. Ce spectacle est trop rare dans le monde savant pour que nous ne nous empressions d'en exprimer toute notre admiration. (*Cosmos.*)

Électro-puncture. Voy. Kystes.

Électrolytie. De son application à dix-huit opérations, M. Scoutetten conclut à trois effets différents de ce moyen chirurgical :

1° Électrolysation, c'est-à-dire décomposition des éléments des tissus sans désorganisation.

2° Accumulation des alcalis et des acides à chacun des pôles, cautérisation chimique produite par ces corps dans les tissus, désorganisation.

3° Cautérisation physique produite par le calorique développé par un courant galvanique à travers un fil métallique parfaitement homogène.

Ces deux dernières actions sont des effets secondaires de l'électricité qui ne lui sont pas inhérents, et qu'on peut, par cela même, remplacer par d'autres agents, tels que les caustiques alcalins ou le feu.

4° La méthode électrolytique est parfaitemeut applicable à toutes les tumeurs molles contenant des liquides décomposables, les kystes du poignet, les hydrocèles, les liquides accumulés dans les articulations ou autour d'elles : les ganglions mous du cou, le goître mou, les tumeurs sanguines, artérielles ou veineuses ; peut-être serait-elle utile dans les kystes de l'ovaire ?

5° Elle doit être rejetée du traitement du cancer, des tumeurs fibreuses et de toutes les tumeurs indurées, à moins qu'elles ne soient d'un très-petit volume et destructibles par une faible cautérisation ; elle ne convient nullement au traitement du lipome et de toutes les tumeurs non enkystées où l'élément graisseux domine.

EMBOLIE. Embolie graisseuse. Signalée par le professeur Wagner (de Leipzig) dans les capillaires du poumon, et confirmée depuis par plusieurs observateurs. Dans les cas les plus éclatants, l'injection graisseuse des ramifications des artères pulmonaires est grossièrement apparente et ressemble à une injection artificielle. Dans des proportions plus restreintes, la graisse existe sous forme de gouttes plus ou moins volumineuses, d'une disposition réticulée ou de tronçons de cylindre, mais toujours très-reconnaissable. L'erreur n'est possible que quand la matière huileuse est sans forme particulière.

Si l'on ne peut guère alors la confondre avec les corpuscules amyloïdes qui se trouvent dans les poumons de la plupart des vieillards, il n'en est plus de même avec la myéline que l'on trouve assez souvent dans le stroma ou les alvéoles des poumons sains ou atteints de pneumonie. Mais à côté de la myéline en gouttes s'en trouve presque toujours avec des formes caractéristiques, permettant de constater qu'elle n'est pas dans l'intérieur des vaisseaux sanguins, et dès lors la méprise n'est plus possible avec l'embolie graisseuse. Elle ne peut se confondre davantage avec les cellules épithéliales détachées des parois des alvéoles, et contenant parfois des gouttelettes graisseuses qui les fait ressembler à de petites cellules hépatiques infiltrées de graisse, car à côté de celles-ci s'en trouvent de normales qui lèvent le doute. De même la dégénérescence graisseuse des cellules plasmatiques du stroma pulmonaire ou des noyaux capillaires qui s'observent dans la pneumonie chronique, et des gouttes de graisse des aliments qui pénètrent dans les bronches ou les alvéoles pulmonaires pendant l'agonie.

Suivant l'auteur, cette embolie graisseuse résulte de la pénétration directe, dans le système vasculaire, de la graisse liquide normale placée plus ou moins loin des poumons, provenant soit de la moelle d'un os, soit du tissu cellulaire, quand elle est mise en liberté par la suppuration ou une dégénérescence des éléments du pus. Ainsi elle s'est montrée le plus ordinairement, comme il en relate des exemples, dans des cas de foyers purulents récents ou anciens, et surtout de fractures compliquées, suivies de suppuration, de décomposition putride ou ayant nécessité l'amputation ; à la suite de périostites aiguës et primitives, d'arthrites suppurées non traumatiques, accompagnées d'ostéite, d'abcès aigus du tissu cellulaire, de phlébite dite suppurative, et surtout d'ostéites traumatiques aiguës ou chroniques, ce qu'il regarde comme très-favorables à son opinion. Dans ces derniers cas, en effet, le pus est produit en petite quantité, et les nombreux bourgeons charnus qui se forment et se transforment en tissus osseux ou connectif, en s'opposant à la résorption du pus envahi par la dégénérescence graisseuse ou de la graisse normale décomposée, leur permettraient ainsi de s'infiltrer dans les capillaires.

Aucun foyer de suppuration périphérique n'existant dans quelques observations où l'embolie graisseuse s'est rencontrée à la suite de lésions traumatiques graves, telles que les vic-

times avaient succombé au bout de quelques heures ou de quelques jours, avant même que la suppuration ait eu le temps de s'établir, M. Wagner admet alors que la graisse du tissu connectif ou de la moelle a pénétré directement dans des veines divisées et transportées ainsi dans les cavités droites du cœur.

A l'appui de cette opinion, il était important de fournir au moins quelques probabilités en remontant à la source de l'embolie. C'est ainsi qu'en examinant avec le plus grand soin les veines provenant du siége de la lésion primitive, dans ses deux dernières autopsies, M. Wagner a obtenu des résultats dans les deux cas, l'un de fracture compliquée, l'autre d'amputation. La veine crurale et la saphène étaient normales, mais celles naissant du siége de la plaie contenaient du sang liquide qui, examiné au microscope, outre les globules rouges parfaitement normaux, était mélangé de détritus albumineux et graisseux, et d'un petit nombre de gouttes graisseuses grandes et petites, et de petits amas de matière pigmentaire. Ces diverses substances étaient agglomérées, ce qui montre qu'elles n'avaient pas été introduites là accidentellement.

La disposition de la graisse dans les capillaires est d'accord avec cette opinion. Au lieu d'être distribuée également, c'est sous forme de foyers extrêmement nombreux qu'on la rencontre, sans siége de prédilection dans une partie ou l'autre du poumon, bien qu'ils aient paru plus nombreux et plus étendus dans les lobes inférieurs ; mais le contraire existait également quand ceux-ci étaient comprimés par des épanchements pleurétiques. La quantité en est ordinairement très-considérable ; elle remplit complétement le réseau capillaire du foyer affecté, les vaisseaux sont très-évidemment distendus, ce qui s'explique par le mécanisme ordinaire de l'embolie et exclut l'idée qu'elle s'est formée sur place; car il faudrait alors que le sang fût plus riche en graisse qu'à l'état normal, ce que rien ne justifie. Enfin, elle s'est trouvée pure de tout mélange dans le cas de mort subite, suite de fracture.

Pourtant, dans quelques cas d'infection purulente, à côté de l'embolie graisseuse, se trouvait la réplétion d'un certain nombre de districts de capillaires par une substance albumineuse, homogène, d'un aspect mat, parsemées çà et là de molécules graisseuses et réfractaires à l'acide acétique et à la potasse caustique. Cette matière, semblable à celle des foyers emboliques de l'endocardite ulcéreuse aiguë, se retrouvait à la face

interne de l'utérus et dans quelques veines, dans un cas d'endométrie et de sacro-phlébite.

Cette espèce d'embolie donne lieu à une hypérémie collatérale des capillaires environnants, des extravasations sanguines et de l'inflammation déterminant des abcès métastatiques. On comprend que ces diverses lésions correspondent à l'ancienneté de l'embolie. Ainsi, quand les pneumonies métastatiques faisaient défaut, le tissu pulmonaire était hypérémié et moins crépitant qu'à l'état normal ; les alvéoles privés d'air et remplis de cellules analogues à des cellules d'épithélium. (*Arch. der Heilkunde*, t. VI.)

On voit que, malgré ces probabilités, l'origine de cette nouvelle espèce d'embolie pulmonaire est encore loin d'être prouvée définitivement.

Traitement. Chez une femme de soixante ans, présentant depuis huit jours seulement de la gêne au cœur, des palpitations, de l'essoufflement et de l'orthopnée, avec œdème de la face et des membres inférieurs, ascite et urines albumineuses, proéminence de la glande thyroïde et des yeux, affaiblissement de la vue, M. Paulet vit rapidement disparaître ce cortége effrayant de symptômes, qu'il rattachait à une hypertrophie excentrique du cœur et ses conséquences, par l'administration de 8 décigrammes de scammonée le matin, et pour la nuit, 15 grammes de nitrate de potasse dans un litre de tisane de chiendent avec 30 grammes de sirop de digitale. Une diurèse extraordinaire survint tout à coup et à deux reprises; une guérison apparente, et qui se maintint jusqu'à neuf mois, eut lieu; après quoi une troisième récidive emporta la malade. (*Soc. de méd. de Bordeaux.*)

Bien qu'il soit impossible de rien conclure de détails cliniques aussi vagues sur la cause réelle de ces accidents qui peuvent être aussi bien rattachés à une maladie de Bright qu'à l'embolie ou une altération valvulaire, la cessation des accidents est un fait remarquable. La haute dose du nitrate de potasse, préconisé par M. Guérard contre l'embolie, mérite surtout l'attention, quelle que soit la cause qu'elle a combattue si efficacement.

Embolie mortelle, suite de phlébite. Il s'agit d'une fille de vingt-quatre ans, d'une excellente constitution, quoique d'apparence un peu chlorotique, qui, le 1er février dernier,

présenta à M. le docteur Millet une traînée rouge, très-douloureuse au toucher, sur le trajet de la saphène interne de la jambe droite. Elle donnait la sensation d'une corde très-tendue au creux poplité, sans nul autre phénomène morbide général. Des frictions avec l'onguent napolitain belladoné, le repos et quelques dérivatifs avaient fait justice de ce mal en huit jours. Dès le 12, la malade vaquait aux soins du ménage, lorsque, le 16, levée bien portante comme d'habitude, elle accusa dans la journée de violentes palpitations et une faiblesse extrême. Sa mère lui donna une tasse de café. Quelques moments après, voulant aller appeler sa mère, elle tomba morte subitement sans que l'art ait rien pu pour la faire revenir. (*Recueil des travaux de la Société médicale de Tours.*)

Si le défaut d'autopsie ne permet pas d'affirmer la cause de la mort, il n'est que trop permis de croire à une embolie consécutive à la phlébite. C'est un enseignement de se tenir sur ses gardes en pareil cas, et, au besoin, de tenter le traitement chirurgical préconisé par M. Lee. Voy. Phlébite.

Thrombose artérielle. Constatée par M. Charcot dans plusieurs cas de cancer, et attribuée par lui à l'altération que le sang subit dans ce cas. Voy. Cancer.

EMPOISONNEMENT. Opium. Afin de mieux assurer les effets de ce poison, un homme de quarante ans se rend successivement chez deux barbiers et se fait pratiquer une saignée à chaque bras; puis il rentre, se couche, avale 50 centigrammes d'extrait aqueux d'opium, enlève le bandage des saignées et frotte les piqûres jusqu'à écoulement du sang. Le lendemain matin, on le trouve couché en supination, baigné de sang, froid, pâle, d'une faiblesse telle qu'il peut à peine se remuer, voix faible et cassée, pupilles dilatées sensibles à la lumière, intelligence nette, soif intense, constipation et anurie. Néanmoins le rétablissement eut lieu.

Le docteur Querejazu admet que dans ce cas, la soustraction du sang a prévenu la mort en atténuant la congestion cérébrale et en en empêchant les effets mortels (*Espana med.*, n° 479). D'où M. Castelo Serra infère qu'en cas d'empoisonnement par l'opium, le médecin devrait recourir aux émissions sanguines pour en atténuer l'action toxique (*Siglo med.*, n° 587). Ce serait évidemment là une mauvaise pratique.

D'après la connaissance bien acquise aujourd'hui de l'antagonisme de l'opium et de la belladone, il est infiniment plus rationnel de recourir à celle-ci ou à son alcaloïde par la voie endermique, qui offre ainsi un prompt et véritable antidote.

Atropine. On trouve dans le *Dictionnaire* de 1864 un exemple d'empoisonnement accidentel par la teinture d'atropine qui fut heureusement conjuré par une injection hypodermique de morphine, son véritable antidote (voy. ANTAGONISME). L'état d'excitation convulsive qu'offrent les empoisonnés conduit d'ailleurs à employer empiriquement l'opium comme calmant, alors que l'on n'a pas encore reconnu la nature du mal. Il est donc déplorable que ce moyen n'ait pas même été tenté dans le cas suivant :

Chez un homme de trente-trois ans, on pose un vésicatoire autour du cou avec 15 centigrammes de sulfate d'atropine et 8 grammes d'axonge. Quelques minutes après l'application de cette pommade, le malade s'élance subitement de son siége, en proie à une angoisse indescriptible ; il court dans la chambre en disant qu'il étouffe, que tout son sang se porte à sa tête, que tout est noir devant ses yeux, qu'on l'étrangle. Il arrache en fureur le pansement et tombe les yeux fixes, le visage en feu. La dysphagie et la dyspnée augmentent ; pupilles énormément dilatées, injection de la conjonctive, mouvements convulsifs comme dans la chorée, et tous ces symptômes augmentent au point que la mort survient deux heures après, sans que l'on ait pu pratiquer une saignée ni rien introduire par la bouche ni le rectum. Il suffisait de laver le vésicatoire avec la teinture d'opium.

Chez une hystérique saturée de morphine et qui en prenait jusqu'à un gramme par jour, M. Natanson (de Varsovie), ayant prescrit 5 centigrammes de valérianate d'atropine en 60 pilules, à prendre de douze en douze heures, la malade fut prise, dès la troisième, d'accidents toxiques, yeux brillants, gorge sèche, excrétions suspendues. Il ne fallut pas moins de 60 à 70 gouttes d'opium pour faire disparaître ces accidents. (*Gaz. hebd.*, n° 36.)

Le danger s'en est aussi révélé en injections hypodermiques de 4 milligrammes de sulfate neutre, chez une dame de cinquante-huit ans, épileptique depuis son enfance. (Voy. INJECT. SOUS-CUTANÉES).

Du valérianate de quinine s'étant trouvé, on ne sait comment, mélangé d'atropine, avait produit, chez deux personnes habitant Alger, des symptômes d'empoisonnement dont les caracteres n'avaient pas été méconnus par les médecins qui avaient prescrit le valérianate. Chargé d'examiner ce sel dont une faible quantité (1/2 gramme seulement) lui avait été remise, M. Commaille, pharmacien aide-major à l'hôpital du Dey, a réussi à séparer les deux alcaloïdes en opérant de la manière suivante : A la dissolution du valérianate de quinine impur dans l'eau acidulée par de l'acide tartrique, il a ajouté peu à peu du bicarbonate de soude pulvérisé jusqu'à cessation de l'effervescence. Le liquide aqueux a été agité avec de l'éther. L'éther, séparé et évaporé, a laissé un résidu amorphe qui a été dissous dans l'alcool concentré. La liqueur alcoolique, mélangée d'eau distillée, a laissé précipiter presque toute la quinine, tandis que l'atropine restait en dissolution. Le liquide, évaporé spontanément, d'abord à l'air libre, puis sous une cloche au-dessus de l'acide sulfurique, a abandonné un vernis résinoïde, et l'atropine sous la forme d'aiguilles blanches, nacrées, qui, recueillies à l'aide d'une flèche de papier humecté et portées sur la conjonctive, ont produit une dilatation pupillaire énorme et persistante. De plus, leur dissolution aqueuse précipitait en rouge brique par l'eau iodée. (*Bull. de thérap.*)

Cuivre. Après une heure et demie d'absence, des parents, qui avaient laissé leur enfant âgé de dix-huit mois, endormie et très-bien portante, la retrouvèrent en proie à des vomissements continuels, des convulsions, etc. Le médecin appelé, reconnaissant des symptômes toxiques, constate une empreinte verdâtre sur les lèvres, et l'on reconnut que l'enfant, souffrant des dents, avait sucé la lustrine verte de l'édredon placé sur son lit, et une médication employée en conséquence arrêta en effet les accidents (*Journ. de chim. méd.*, mai). Avis aux parents et aux médecins.

Plomb. L'emballeur d'une maison de rouennerie de Rouen faisant en grand le commerce des calicots blancs pour l'exportation, est pris de constipation opiniâtre avec coliques et tous les symptômes d'une violente intoxication saturnine. M. Leudet, appelé en consultation, en constate la réalité. Il s'agissait de découvrir l'agent coupable. Le malade n'a jamais travaillé au

plomb ; mais on découvre que l'empois servant à donner du poids aux marchandises contient un sel de plomb. Tout s'explique. La poussière que soulevait l'employé en manipulant les calicots, l'avait empoisonné par des molécules inspirées. Ce mode d'empoisonnement est assez peu connu pour être signalé.

Phosphore. Une jeune fille fut amenée dans le courant du mois de juin dernier à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Tardieu, en proie aux symptômes d'un empoisonnement par le phosphore, auquel elle ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, MM. Cornil et Bergeron ont constaté dans le foie, les reins et la muqueuse de l'estomac, les lésions suivantes.

Le foie, médiocrement volumineux, un peu globuleux dans sa forme, présentait une altération évidente dans sa coloration. Toute la surface était jaune, marbrée de rouge, et présentait un aspect granitique très-prononcé. Les taches rouges n'existaient qu'à la surface et dépendaient de l'injection des vaisseaux situés au-dessous de la capsule fibreuse. A la coupe, la consistance de l'organe était faible, et l'on ne trouvait plus qu'une coloration jaune uniforme ; les deux substances ne se distinguaient plus par leur couleur.

Les cellules hépatiques, examinées au microscope, ont été trouvées dégénérées dans toute l'étendue des lobules, aussi bien à leur centre qu'à leur périphérie. Les cellules étaient tantôt infiltrées de granulations fines avec conservation de leur membrane cellulaire, tantôt elles étaient remplies de grosses gouttelettes huileuses.

Les reins présentaient à la coupe une altération marquée : la substance corticale était jaunâtre, anémiée ; elle se séparait d'une façon très-nette de la substance tubuleuse, d'un rouge brun. Sur ces coupes, on voyait à l'œil nu, et mieux avec un faible grossissement, que les glomérules de Malpighi étaient rouges et fortement congestionnés, ainsi que le réseau capillaire. A un grossissement de 20 diamètres, les tubes urinifères étaient blancs à la lumière réfléchie et noirs à la lumière directe. Ces tubes étaient remplis de cellules épithéliales pleines elles-mêmes de granulations albumineuses et graisseuses. Dans la majorité des tubuli, les parois des cellules étaient conservées, et les granulations étaient infiniment petites ; mais un certain nombre de tubes contenaient des gouttelettes huileuses

plus volumineuses que ces granulations, et là on ne reconnaissait plus distinctement la forme primitive des cellules. Cette altération des tubes rénaux était générale dans toute la substance corticale. Dans la substance tubuleuse, les tubes droits n'étaient pas tous altérés. Les vaisseaux capillaires et ceux des glomérules étaient normaux.

Le tube digestif ne présentait extérieurement rien à noter, à part une injection marquée de sa portion duodénale.

La muqueuse de l'estomac offrait de nombreuses ecchymoses superficielles, déchiquetées sur les bords ; quelques-unes étaient très-petites, sous forme de pointillés. D'autres avaient de 1 à 2 centimètres de diamètre, et paraissaient formées par la réunion d'ecchymoses plus petites. Elles étaient en grand nombre au voisinage du pylore ; on les retrouvait très-marquées sur la muqueuse du duodénum. En outre, la muqueuse de l'estomac offrait une coloration jaune très-remarquable, et les glandes formaient des saillies plus prononcées qu'à l'état normal, ce qui lui donnait un aspect particulièrement mamelonné.

Ces saillies mamelonnées et la coloration jaune de la muqueuse stomacale étaient dues à une lésion très-manifeste des glandes sur toute la surface de l'estomac, aussi bien à son grand cul-de-sac qu'à la région pylorique ; les glandes en tubes, examinées par la dissection simple aussitôt après l'autopsie, étaient opaques à un faible grossissement et à la lumière directe, blanches à la lumière réfléchie. A un plus fort grossissement, de 200 à 400 diamètres, ces glandes se montraient avec leur membrane d'enveloppe mince et saine, et un contenu composé de cellules épithéliales remplies de fines granulations. Dans un grand nombre de ces glandes, on ne pouvait plus distinguer les cellules épithéliales, masquées ou remplies par des granulations plus grosses. Toutes ces glandes étaient altérées ; aucune d'elles n'avait la transparence normale. La soude dissolvait une partie des granulations, mais le plus grand nombre, notamment les plus grosses, ne se dissolvaient qu'avec l'éther. Ainsi, le contenu épithélial des glandes était infiltré de granulations protéiques et graisseuses, absolument comme le rein et le foie.

Les glandes de l'estomac subiraient donc, dans l'empoisonnement par le phosphore, les mêmes modifications que les tubuli rénaux; les cellules épithéliales seraient dans les deux cas infiltrées de granulations albumineuses et graisseuses. Ce serait là

un caractère qui, s'il était confirmé par d'autres autopsies faites dans des circonstances semblables, pourrait être utilisé en médecine légale, en même temps qu'il révèle un ensemble de lésions organiques caractéristiques de l'action du phosphore. (*Gaz. des hôpit.*, n° 3.)

Cyanure de potassium. Un enfant de sept ans ayant avalé après un repas copieux — *a full meal*, — une solution d'environ 4 grammes de cyanure de potassium que son père avait préparée pour des travaux galvanoplastiques, fut pris immédiatement des symptômes de l'empoisonnement par l'acide prussique; mais M. Edw. Sandwell fut assez heureux pour le rappeler à la vie en administrant de l'huile de ricin, un grog et des affusions d'eau froide sur la colonne vertébrale, en promenant des sinapismes aux extrémités, sur l'estomac, sur la poitrine et en employant la méthode de Marshall-Hall. Après des vomissements très-abondants exhalant l'odeur de l'acide prussique, l'ammoniaque fut administrée jusqu'à cessation des accidents (*Lancet*, décembre 1864). Nul doute que la réplétion de l'estomac n'ait été ici le meilleur contre-poison, en prévenant l'absorption trop rapide.

Sulfocyanure de mercure. Possédant la propriété merveilleuse de se gonfler par la combustion, ce sel, employé à la prestidigitation, est passé dans le commerce, où il se trouve en petits cylindres blancs de la grosseur d'un crayon d'un centimètre environ, ressemblant à des bonbons de guimauve. Un jeune prince étranger en ayant avalé un accidentellement comme tel, éprouva aussitôt un tel sentiment de chaleur, de constriction, d'ardeur et de souffrance dans le gosier et à l'estomac, qu'il se vit empoisonné. Un émétique est pris qui provoque des vomissements. Mais des douleurs de l'estomac, résultat de l'absorption, persistaient. M. le docteur Peter, appelé, ordonna une cuillerée à bouche d'eau de chaux additionnée d'eau glacée et de deux cuillerées d'eau de Seltz pour décomposer le poison. Dès la troisième cuillerée, le malaise était moindre; à la cinquième, les nausées avaient cessé. Un cataplasme très-chaud et fortement laudanisé sur le creux de l'estomac fit le reste. 25 centigrammes de fer réduit par l'hydrogène furent donnés consécutivement pour achever la décomposition du sel mercuriel au cas où il en resterait dans l'estomac. (*Union méd.*, n° 110.)

Oxyde de carbone. De ses expériences sur l'action toxique de cet agent communiquées à la société de médecine de Berlin, M. Klebs conclut que la réplétion considérable des vaisseaux périphériques est due à une modification survenue dans la tonicité de leurs parois. C'est au trouble de la circulation en résultant qu'il attribue la plupart des symptômes et des lésions observés après cet empoisonnement. D'où la conclusion de recourir aux moyens susceptibles de produire une constriction des vaisseaux.

Le seigle ergoté lui a paru le mieux remplir cette indication. Sous son influence, la durée des accidents est notablement diminuée et le rétablissement des fonctions, de la respiration, survient même, pourvu que le cœur n'ait pas cessé de battre. Il a ainsi injecté une solution d'ergotine à petites doses chez les animaux sans inconvénient, et il conclut qu'il faudrait y recourir de même chez l'homme. (*Deutsche Klinik*, n° 12.)

Acides. Des résultats nécropsiques, en apparence contradictoires, ont été signalés par plusieurs auteurs allemands. Tandis que les uns n'ont trouvé, après l'apparition d'urines albumineuses, sanglantes, que des altérations rénales ordinaires, d'autres ont rencontré une stéatose des reins généralisée au foie, au cœur et à d'autres parties (voy. Stéatose). D'après les expériences de MM. Muck et Leyden, celle-ci ne se rencontre que dans le cas où l'acide détermine des eschares de l'estomac ou du duodénum et pénètre ainsi directement dans le sang sans être neutralisé préalablement par le liquide alcalin répandu à la surface interne de l'estomac. L'action bien connue des acides sulfurique, nitrique, oxalique et tartrique sur les globules sanguins, explique cet effet consécutif. (*Gaz. hebd.*, n° 3.)

Tartre stibié. Cet empoisonnement peut exister sans lésions anatomiques. Les deux victimes de l'assassin Pritchard, sa femme et sa belle-mère, en sont des exemples. L'observation la plus minutieuse, disent les experts Mac-Lagan et Penny dans leur rapport, ne leur a révélé aucune altération des organes capable d'expliquer la mort. L'analyse chimique, au contraire, en constatant la présence du poison dans l'intestin, le foie, la rate, le cœur, le rectum, l'utérus et le cerveau, a levé tous leurs doutes en montrant avec évidence qu'il avait été administré à faible dose. C'est donc là un exemple bien constaté de

cette espèce d'empoisonnement sans lésions anatomiques. (*Archiv. de méd.* septembre.)

De l'empoisonnement par la strychnine, par T. Gallard, médecin de la Pitié. Paris, 1865, in-8°.

Excellente monographie ayant été l'objet d'un rapport favorable à l'Académie de médecine et contenant le résultat de plusieurs expériences sur les animaux.

Etudes historiques sur l'empoisonnement, par M. Rabbinowicz (Israël-Michel), né à Horodez (Lithuanie). Thèse inaugurale ayant obtenu une mention honorable au concours annuel de la Faculté de médecine de Paris.

EMPYÈME. Empyème généralisé. Il survint à la suite de fracture de côtes (*voy. ce mot*) à un tel degré que le blessé semblant comme insufflé artificiellement, M. Herrgott, de Strasbourg, plongea un trocart dans les deux points de la poitrine les plus saillants et y laissa les canules à demeure. L'air sortit aussitôt, et huit jours après, il avait entièrement disparu. On put enlever les canules.

ENDOCARDITE ULCÉREUSE. Depuis que le docteur W. Senhouse Kirkes, dont la science déplore la perte toute récente, a signalé, en 1852, une forme particulière d'embolie granuleuse déterminant l'ulcération de l'endocarde, et particulièrement des valvules du cœur gauche, six observations cliniques recueillies en France et en Allemagne ont confirmé l'exactitude de ses recherches et mis hors de doute l'existence de cette nouvelle variété pathologique. Le docteur Schivardi, en en rapportant un septième cas observé au Grand Hôpital de Milan, les a résumés tous et tracé ainsi l'histoire clinique de cette nouvelle maladie, dont la description ne se trouve encore dans aucun traité classique, pas même les plus récents, ni dans les ouvrages spéciaux de Ramberger et de Friedreich. Heureusement, une excellente thèse, soutenue devant la Faculté de médecine de Paris le 31 août 1864 par M. Vast, a comblé cette lacune en rassemblant tous les travaux et les faits connus sur ce sujet. Il est donc à propos de rapporter cette nouvelle observation et le résumé des autres pour lui servir de critérium.

Une femme de vingt-cinq ans, très-robuste, mariée depu peu, entre le 24 mai à l'*Hospitale maggiore*, salle Lavorerio,

plaignant de fièvre intermittente depuis cinq jours. Elle n'a jamais eu d'autre maladie qu'une affection cutanée des mains, dont elle porte encore les traces; menstruation régulière, non douloureuse.

Le 25, au matin, on la trouve dans la période de chaleur de l'accès; elle dit avoir eu un vomissement au début de la période algide. On constate, avec surprise, un second accès dans l'après-midi, avec céphalalgie et fourmillements aux extrémités. Le même ensemble symptomatique se répète les jours suivants, avec vomissement le matin, au début du frisson. Crampes dans la jambe droite, avec fourmillements dans la main correspondante; pouls fréquent et dur. De la céphalalgie gravative s'étant manifestée le 28 au soir, une saignée de 400 grammes est pratiquée dans la crainte d'une congestion cérébrale et suivie d'un vomitif.

Les accès s'étant reproduits le lendemain, une solution acide de 80 centigrammes de sulfate de quinine est administrée et répétée les jours suivants, sans aucun changement dans les accès. Une douleur pleurodynique apparaît le 2 juin, et des bulles miliaires sur la poitrine et le ventre, le lendemain. La persistance des vomissements avec bouche sèche, soif vive et l'aspect souffrant, anxieux, suggèrent l'idée d'une fièvre typhoïde ou miliaire. Le 4, une application de sangsues diminue à peine la douleur de côté. Des sueurs profuses apparaissent. Le 5 et le 6, trois accès successifs. Insomnie, agitation extrême. La miliaire se confond avec les sudamina.

Le sulfite de magnésie ne peut être toléré. Diurèse copieuse, selles régulières. Aucune réponse de la malade, ni rien dans son habitude extérieure, ne pouvait faire soupçonner une maladie du cœur. Placée d'un côté ou de l'autre, le plus souvent dans la supination, la tête haute, elle présentait un pouls variable, un peu d'oppression; céphalalgie avec frissons, insomnie, vomissements. Ce n'était pas une *fièvre intermittente*, puisqu'au lieu de céder au sulfate de quinine, les accès avaient changé, d'intermittents ils étaient devenus rémittents. L'absence des principaux signes de la *fièvre typhoïde* en excluait l'idée; il ne restait que celle d'une *infection purulente*, et c'est pourquoi les sulfites avaient été employés.

La respiration devint de plus en plus anxieuse; l'agitation augmenta, et sans que l'état général fît prévoir une fin si prochaine, la mort arriva le 13 juin, après vingt jours de traitement.

Aucune altération ne se rencontra à l'autopsie que dans l'organe central de la circulation. Le péricarde était distendu par un épanchement séro-sanguinolent abondant, avec de fausses membranes récentes. Rien d'anormal dans le cœur droit. A gauche, l'épaisseur des parois du ventricule était de 82 centimètres, avec grandeur naturelle de sa cavité. La valve postérieure de la valvule mitrale était épaissie, opaque, rougeâtre dans la partie moyenne de sa moitié interne, et dans la partie la plus tuméfiée de la surface auriculaire existait une ouverture circulaire de 8 millimètres de diamètre à bords irréguliers, recouverts de végétations. Il s'en détache une, entre autres, d'aspect polypeux, du volume et de la forme d'une graine, rougeâtre, formée de couches concentriques irrégulières, avec une cavité remplie des détritus de ces végétations.

La valvule semi-lunaire de l'aorte, correspondant à l'orifice de la coronaire droite, présente une ouverture irrégulière intéressant presque toute la moitié interne. Les contours sont également recouverts de petites végétations, dont une, comme une grosse fève, pédiculée, pyriforme, d'un rouge obscur, se distingue sur le bord supérieur externe, et formée, comme la précédente, de couches concentriques, avec des détritus à l'intérieur.

Plus grande encore est l'ulcération de la valvule sigmoïde correspondant à l'orifice de la coronaire gauche, laquelle laisse passer la pointe du petit doigt. Il ne reste plus que 2 à 3 millimètres du bord libre, et une languette triangulaire, adhérant à l'aorte par son extrémité. Des végétations identiques aux précédentes s'y observent aussi.

La valvule semi-lunaire postérieure, sans être perforée, est épaissie, avec des végétations sur la surface ventriculaire. Ces végétations, dont la réunion forme le volume d'une petite noix, obstruent une cavité, de la capacité d'un œuf de pigeon, formée dans la substance même du ventricule. La surface interne en est irrégulière, anfractueuse, tapissée de végétations ténues, granuleuses, effilées. En arrière et en bas, les bords de cette caverne forment un arc de cercle tuméfié, couvert de végétations, avec un amas de détritus gris verdâtre dans l'intérieur.

L'examen microscopique, fait par un élève de Virchow, le docteur Visconti, montra dans les parties les plus épaissies, sans ramollissement de la valvule mitrale, les éléments du tissu connectif tuméfiés et opaques, le tissu interstitiel épaissi, avec

une véritable prolifération de ces éléments, dont quelques-uns contenaient des granulations graisseuses. Les végétations étaient constituées par de la fibrine à l'état granuleux, avec quelques éléments cellulaires de la valvule détruite, de leurs détritus, de granulations graisseuses et de quelques leucocytes. Les mêmes éléments, en plus grande quantité, constituaient la partie ramollie des plus grosses et renfermée à l'intérieur. Les couches externe et moyenne montraient, en outre, de la fibrine à l'état fibrillaire, et une plus grande quantité de leucocytes à un ou plusieurs nucléoles, rendus surtout apparents par l'acide acétique.

Les végétations de la grande cavité de la substance musculaire étaient formées également de fibrine amorphe et fibrillaire, d'éléments cellulaires, de granulations graisseuses, de leucocytes et de fragments de fibrilles musculaires, avec dégénération adipeuse. Les fibres musculaires des parois de cette caverne étaient en proie à une dégénérescence graisseuse qui les réduisait à des fils déliés, avec une hyperplasie du tissu connectif à la place.

Ces lésions pathologiques, parfaitement d'accord avec celles qui ont été rencontrées jusqu'ici, constituent le caractère anatomique de l'endocardite ulcéreuse aiguë. Malheureusement, il n'est pas aussi facile d'en connaître la cause. Ni l'âge, ni le sexe, ni la profession, ne semblent exercer une influence déterminée à cet égard. La malade de Kirkes avait 14 ans ; celui de Spengler, 38 ; celui de M. Charcot, 27 ; ceux de M. Lancereaux, 22 et 23 ; celui de M. Hérard, 27 ; celle-ci, 25. En tout, quatre hommes et trois femmes, exerçant tous des professions fatigantes.

Le frisson fut le symptôme initial dans tous les cas, revenant ensuite avec des accès bien caractérisés. Ce signe est si constant et marqué, que, dans les sept cas, on diagnostiqua une fièvre intermittente, et l'on employa la quinine ; l'hypertrophie de la rate sembla même en confirmer l'existence ; mais l'irrégularité des accès et l'inefficacité de l'antipériodique montrèrent bientôt l'erreur de ce diagnostic, et c'est alors que quelques symptômes typhiques firent songer à une dothiénentérie, que l'autopsie ne confirma pas.

Dans cinq cas, l'auscultation constata un bruit de souffle cardiaque. Dans les deux autres, elle n'a pas été pratiquée, soit parce que, dans le premier, la malade fut apportée dans

un état trop grave à l'hôpital, soit parce que, dans le dernier, M. Schivardi ne soupçonnait pas l'existence d'une lésion du cœur. C'est donc là un symptôme important qui peut lever les doutes en pareil cas.

Une extrême fréquence du pouls, tremblant ou dicrote, est la règle. Il s'élevait à 120 dans le cas de Spengler, à 160 dans celui de M. Hérard, à 100 en moyenne dans les autres.

Le vomissement de matières verdâtres n'a jamais manqué dans le premier septénaire, non plus que l'aspect d'une grande et profonde souffrance. Ces deux symptômes sont donc encore caractéristiques lorsqu'ils se rencontrent avec les précédents.

Un ictère très-prononcé, et qui a fait croire à un ictère grave ou une hépatite aiguë, a été signalé dans quatre cas par M. Lancereaux; mais c'est là un signe qui a besoin de confirmation.

Ce n'est pas seulement par les lésions locales que cette maladie est extrêmement grave, mais par le passage dans le sang des éléments en voie de métamorphose régressive, comme la présence de la matière granuleuse dans les vaisseaux, constatée par M. Lancereaux, ne permet pas d'en douter. Une véritable intoxication, ou infection purulente, se produit ainsi, qui amène ces phénomènes typhiques si prononcés et qui donnent le change à l'observateur. (*Union méd.*, n° 112.)

Un huitième exemple en a été observé depuis par M. Hérard chez une jeune fille de vingt ans, d'une bonne santé habituelle. Deux semaines avant son entrée à l'hôpital, elle avait été prise de rhumatisme articulaire aigu, ayant cédé rapidement à quelques jours de repos au lit; mais en même temps s'étaient développés rapidement des symptômes locaux du côté du cœur et des symptômes généraux d'une excessive gravité. Au moment de l'entrée à l'hôpital, ces symptômes étaient arrivés au summum de leur intensité : pouls à 95, irrégulier, pulsations accouplées deux à deux, avec intermittence entre chaque double pulsation ; élevé rapidement à 150 les jours suivants, il était redescendu à 95-100, avec une nouvelle irrégularité de pulsations réunies trois par trois, quatre par quatre, cinq par cinq. C'est alors qu'il monta subitement à 160 par minute, puis graduellement il s'était abaissé au chiffre de 150, 140, 120, 100, en oscillant dans les derniers jours entre 100 et 110, mais alors plus plein, dépressible.

L'oreille appliquée sur le cœur percevait une impulsion

forte, et un bruit de souffle rude, râpeux, systolique, qui a persisté avec ces caractères pendant toute la maladie, s'étendant dans une grande étendue de la région précordiale, plus prononcé à la base qu'à la pointe.

La face a été presque constamment pâle, jaunâtre; les traits contractés, la physionomie profondément altérée. Céphalalgie vive, le plus souvent frontale; agitation et délire nocturne, insomnie, idées tristes, sensation de prostration très-marquée, pas d'épistaxis. Le symptôme dominant et véritablement caractéristique a consisté dans des frissons qui se sont répétés presque tous les jours, quelquefois deux fois par jour, sans périodicité marquée et le plus souvent sans sueur. La langue a été constamment assez humide, sans rougeur des bords ni de la pointe. Anorexie, vomissements, diarrhée très-abondante, comme si l'organisme eût cherché à se débarrasser par cette voie d'un principe nuisible; le ventre, ballonné, sensible en plusieurs points, présentait des sudamina sans taches lenticulaires, sans pétéchies. Toux fréquente et douloureuse; crachats, d'abord blanchâtres, aérés, puis visqueux et légèrement sanguinolents. A l'auscultation, râles sous-crépitants aux deux bases, avec obscurité du son.

La malade a succombé aux progrès de l'asphyxie.

A l'autopsie, le cœur, à peu près de volume normal, est recouvert de fausses membranes, épaisses, molles, indices d'une péricardite récente. Les parois en sont flasques, jaunâtres, par la présence de granulations graisseuses, abondantes.

A l'intérieur du ventricule gauche existe, au niveau d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte, une plaie fistuleuse établissant une communication entre cette cavité et la partie avoisinante de l'oreillette droite; les bords de cette plaie, du côté du ventricule, sont sinueux, irréguliers et recouverts de végétations fibrineuses plus ou moins saillantes. La valvule sigmoïde, qui se trouve directement au-dessus de l'ulcération, est amincie et perforée en plusieurs points. Les autres valvules sont saines, ainsi que l'aorte et le reste du cœur gauche. Du côté de l'oreillette droite, l'ouverture est plus petite, plus régulière; les dépôts fibrineux sont moins prononcés. Au-dessus de cet orifice, faisant saillie dans la cavité auriculaire, existe une petite tumeur sanguine de la grosseur d'une cerise, qui aboutit au canal de communication des deux cœurs, ainsi qu'une autre tumeur également sanguine, mais beaucoup plus volumineuse, et située

dans l'espace cellulaire qui unit l'oreillette à l'aorte au moment de son origine. Ces deux tumeurs peuvent être considérées comme de véritables anévrysmes produits par l'effort du sang lancé à travers l'ulcération de l'endocarde.

Les deux poumons étaient œdémateux et congestionnés, mais sans trace d'abcès métastatiques.

Le foie, la rate et les reins ne présentaient pas d'*infarctus.* Le foie était petit et mou, en dégénération graisseuse commençante.

La rate était un peu plus volumineuse qu'à l'état normal.

Les reins étaient flasques, assez petits et de couleur jaunâtre. Les tubes urinifères de la substance corticale étaient remplis de granulations graisseuses.

Les deux muscles droits présentaient cette lésion qui a été signalée par M. Ball dans la fièvre typhoïde. On remarquait, au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic du pubis, une solution de continuité symétrique de leurs faisceaux musculaires. En cet endroit, les deux fragments supérieur et inférieur étaient éloignés de 5 à 6 centimètres l'un de l'autre, et l'espace qui les séparait était rempli par du sang coagulé. L'examen microscopique a montré, dans l'extrémité libre du bout supérieur, au niveau de la solution de continuité, des altérations graisseuses très-avancées des fibres musculaires.

Le cerveau était sain, ainsi que les artères qui s'y rendent. La dure-mère présentait, à sa surface interne, des néomembranes vascularisées et des exsudations fibrineuses molles. L'intestin était parfaitement sain. (*Soc. méd des hôp.* et *Union méd.*, n° 67.)

Un neuvième cas a été observé par le docteur E. Œdmansson chez un artilleur de vingt et un ans, entré à l'hôpital le 17 février 1864 pour une angine tonsillaire chronique traitée par la cautérisation et les gargarismes. Un mois après, le frisson survint et se répéta avec malaise, céphalalgie, soif, épistaxis, diarrhée, douleurs dans les grosses articulations. Le pouls variait de 90 à 100, sueurs nocturnes, hypertrophie de la rate, urine albumineuse. .

Dès la seconde semaine, la faiblesse était grande, pouls à 108, peau chaude et sèche, épistaxis répétés. Malgré l'usage des toniques, la faiblesse progressait. Le quinzième jour, le malade commença à délirer, selles involontaires, pouls faible, irrégulier, de 124 à 126. Un amendement momentané se

manifesta, puis le coma survint avec secousses convulsives; pouls petit de 130 à 140. Il s'éleva même à 150 le vingt-deuxième jour ; la mort arriva le lendemain.

On avait diagnostiqué une fièvre typhoïde, et, sauf l'absence des taches rosées, tout semblait justifier ce diagnostic. L'autopsie seule révéla la vérité. La paroi cardiaque postérieure présente dans une étendue de trois quarts de pouce carré une couleur grisâtre avec aspect sec, sans reflet, avec friabilité du tissu. Une collection purulente du volume d'un grain de chènevis existe sous le péricarde viscéral à la périphérie de ce foyer.

Une ulcération étendue existe à la face auriculaire de chacune des moitiés de la valvule mitrale. Celle de la valve antérieure, elliptique, a les dimensions d'une petite amande; l'autre, irrégulière, est plus petite. Toutes deux superficielles arrivent jusqu'au bord libre. Leur fond présentant çà et là quelques inégalités n'est nullement déprimé, il fait au contraire une saillie sensible et offre un aspect lardacé, une coloration grise. Au niveau des ulcérations et dans les parties adjacentes, la valvule est épaissie considérablement sans être insuffisante. Hypertrophie considérable de la rate sans altération de follicules de l'intestin. (*Dublin med. Pres.* et *Gaz. hebd.*, n° 41.)

Enfin l'observation d'un dixième cas, recueillie à l'hôpital des Enfants, a été relatée à la Société de biologie par MM. Duguet et Hayem. Il s'agit d'un petit ramoneur de treize ans, très-bien portant jusque-là, venu lui-même à pied à l'hôpital, le 14 avril, ne se plaignant que de courbature, un peu d'abattement et présentant, quelques heures après son arrivée, une éruption bâtarde, d'apparence hémorrhagique sur tout le corps, une pneumonie gauche, devenue double douze heures après, avec endopéricardite, épistaxis, adynamie profonde et ataxie, et enfin mort au quatrième jour; par conséquent, phénomènes typhoïdes graves suivis rapidement d'une terminaison fatale.

L'autopsie montra des altérations profondes dans les principaux viscères, particulièrement dans le cœur, où existait le foyer de ramollissement de la substance musculaire avec destruction de l'endocarde et du péricarde, destruction manifestement consécutive à l'altération du muscle; dans le foie et les reins, une altération analogue à celle que l'on rencontre dans la fièvre typhoïde à forme maligne avec altération du sang et de nombreux foyers métastatiques viscéraux.

D'où ils concluent que l'endocardite ulcéreuse est une maladie maligne et grave d'emblée, et que l'état typhoïde est primitif au lieu d'être le résultat de l'absorption des foyers purulents rencontrés sur les valvules suivant la théorie allemande ; une véritable pyohémie en résulterait dans ce cas, ce qui n'existe pas. Il s'agirait donc de voir là une affection générale au lieu d'une maladie locale, de changer sa dénomination en un titre plus exact et mieux en rapport avec les altérations multiples observées. (*Gaz. méd.*, n° 41.)

ENDOSCOPE. *De l'endoscope* et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie. Leçons faites à l'hôpital Necker, par A. J. Desormeaux, chirurgien de l'hôpital Necker. In-8° de 186 pages, avec 3 planches et 10 figures.

Histoire de la découverte et description de ce nouvel instrument, règles à observer dans son emploi, indication de l'état de la muqueuse uréthrale à l'état normal et dans les divers états pathologiques, notamment les rétrécissements ; étude des maladies de la prostate et de la vessie : ulcérations, fongosités ecchymoses, calculs, telles sont les matières de ce livre véritablement nouveau comme l'instrument qui en est l'objet et les résultats de son application.

Endoscope perfectionné. A peine si l'inventeur a fait connaître cet instrument en France par la publication de l'ouvrage précédent, qu'un perfectionnement nous arrive de l'étranger. Dans la séance du 15 mars de la Société du Collége royal des médecins de Dublin, le docteur Cruise, chirurgien de l'hôpital *Mater Misericordiæ*, a présenté une modification de l'endoscope de M. Desormeaux avec une notice de ses avantages. Elle consiste surtout dans un appareil d'éclairage si brillant et s'adaptant si aisément au corps de la sonde, qu'aucun apprêt préalable n'est nécessaire pour permettre au praticien de s'en servir et inspecter facilement l'intérieur des cavités inaccessibles jusqu'ici à la vue. Tels sont l'urèthre et la vessie, le rectum au delà de l'exploration avec le doigt et le spéculum, la cavité du col et même du corps de l'utérus, les fosses nasales, le pharynx, l'intérieur des kystes de l'ovaire, des abcès et des blessures contenant des corps étrangers. Plusieurs exemples où son usage a permis ainsi d'éclairer le diagnostic en présence

des sommités médicales de l'Irlande sont relatés à l'appui.

Le principal problème *endoscopique* serait ainsi résolu, car c'est surtout la difficulté d'obtenir un éclairage suffisant qui a arrêté les tentatives de M. Ségalas et de sir Crampton à ce sujet, et dont ont triomphé les persévérants efforts de M. Desormeaux. Le perfectionnement dont il s'agit, et que la presse ne manquera pas de faire connaître plus en détail, ne fait que consacrer l'utilité de cette ingénieuse découverte pour le diagnostic et le traitement de plusieurs maladies.

ENDUITS IMPERMÉABLES. Voy. Péritonite, Choléra.

ENSEIGENMENT. *Chefs de clinique.* Par arrêté ministériel du 23 juin, un chef de clinique et quatre aides sont attachés à chacune des chaires de clinique médicale et obstétricale. La durée de leurs fonctions sera de deux ans. La nomination des premiers sera faite par le ministre après un concours auquel seront admis *seulement* les docteurs ou étudiants en médecine âgés de moins de trente-quatre ans ayant obtenu l'un des prix de l'École pratique ou Corvisart, sinon l'une des médailles au concours des internes. Enfin les aides de clinique qui auront obtenu une mention honorable dans les concours cités sont aussi admis moyennant l'attestation de leur professeur qu'ils ont fait un bon service. On ne peut être plus libéral.

Examen d'obstétrique. Par arrêté du ministre de l'instruction publique du 25 novembre 1864, la partie du cinquième examen de médecine relatif aux accouchements dans les trois facultés de médecine de l'empire, comprendra une épreuve pratique de clinique obstétricale analogue à celles qui sont exigées pour la médecine et pour la chirurgie. Des questions relatives aux accouchements seront également comprises parmi les sujets destinés à la composition écrite.

Faculté de Paris. Les inscriptions de l'année scolaire ont augmenté de 117 sur 1864 ; les examens de 455, et le niveau des notes obtenues s'est élevé à ce point que la note supérieure *extrêmement satisfait*, qui était de 1 : 112 pour 1864, s'est élevée à 1 : 90 examens. Enfin les ajournements, qui étaient de 1 : 6, sont descendus à 1 : 7. Aussi 21 thèses inaugurales ont-elles été distinguées et couronnées au concours annuel de la Faculté.

Pharmacie militaire. Un décret impérial a modifié avantageusement les conditions que doit remplir l'élève qui se destine à la pharmacie militaire. Pour entrer au Val-de-Grâce en qualité de stagiaire, il devait présenter le diplôme de pharmacien de première classe, pour l'obtention duquel il faut : 1° faire un stage de trois ans chez un pharmacien civil; 2° faire trois ans d'études dans une École de pharmacie, et subir ses examens. Après une année passée au Val-de-Grâce, c'est-à-dire après *sept années* d'études diverses, l'élève devenait aide-major pharmacien, c'est-à-dire possesseur d'un grade assimilé à celui de sous-lieutenant.

D'après les dispositions du nouveau décret, l'élève muni du diplôme de bachelier ès sciences complet peut, *sans avoir fait trois années de stage dans une pharmacie*, entrer directement à l'École du service de santé à Strasbourg, et, après trois années d'études, pendant lesquelles il suit les cours de l'École de pharmacie, passer ses examens et obtenir un diplôme *provisoire* de pharmacien de première classe.

Ce diplôme, qui ne deviendra définitif qu'après trois années de service dans les hôpitaux militaires, suffit pour entrer au Val-de-Grâce, d'où l'élève sort muni du brevet de pharmacien aide-major, après quatre ans d'études seulement, au lieu de sept, qui étaient nécessaires autrefois. Ajoutons que les études gagnent notablement par la régularité et la méthode qu'impose la discipline militaire, et qu'enfin l'État vient largement en aide à l'élève dont les ressources sont insuffisantes.

On voit qu'en définitive, ce nouveau décret a pour effet de remplacer les trois années de stage dans une pharmacie civile par trois années de pratique dans les hôpitaux militaires, et de rejeter ce stage militaire à la fin des études, ce qui a le double avantage : 1° de substituer à un stage presque inutile pour le pharmacien militaire un apprentissage dans les hôpitaux où doit se passer son existence; 2° de réduire à de justes proportions le temps nécessaire pour acquérir le grade d'officier. (*Gaz. hebd.*)

Par décret du 27 janvier, les étrangers, chrétiens, israélites ou musulmans, seront également admis à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, en justifiant de leur aptitude à suivre les cours. Cette aptitude sera constatée et certifiée par le recteur de l'Académie d'Alger, pour les étrangers chrétiens ou israélites, et par le directeur du Collége impérial arabe-français, pour les étrangers musulmans.

Séparation des professeurs et des examinateurs. Les vices et les dangers de ce cumul dans les Ecoles et les Facultés de médecine sont relatés avec une grande vérité par M. Diday. Les professeurs chargés d'examiner ainsi leurs propres élèves ne peuvent les interroger que sur les matières de leur enseignement, sur leurs sujets d'études de prédilection, leurs idées, leurs vues favorites, ni désirer que des réponses conformes à la solution qu'ils y donnent eux-mêmes, selon l'éternelle et invariable disposition de la nature humaine. La salle des actes est ainsi changée en une succursale de l'amphithéâtre, et il suffit au candidat de connaître ses examinateurs, leurs doctrines et leurs demandes habituelles pour gagner leur bienveillance et leur suffrage en s'y conformant dans ses réponses. Les *Guides* et *Questionnaires* publiés à cet effet en sont la preuve péremptoire. Un élève distingué, intelligent, instruit, savant même, pour peu qu'il soit indépendant de conviction et qu'il ait étudié d'une manière spéciale, n'a donc pas tant de chances à avoir une bonne note et même à être reçu qu'une intelligence médiocre qui se sera servilement assimilé les leçons de ses maîtres, en vue de ses examens.

A ces examens appelés *par répétition*, il préfère justement ceux *par contrôle*, tels qu'ils ont lieu à l'Ecole polytechnique, Saint-Cyr et autres, c'est-à-dire à un corps spécial de *fonctionnaires examinateurs*, renouvelable tous les huit à dix ans. « Choisis dans la phalange de ces confrères actifs, indépendants de caractère, désintéressés, de doctrines, que le service des hôpitaux, l'exercice du journalisme ou l'habitude des concours maintiennent au courant de toutes les découvertes, de tous les progrès théoriques et pratiques, » ils échapperaient aux recommandations et aux influences d'école, de clinique, de doctrines et de rapports de maîtres à élèves. Par l'indépendance même de leurs fonctions, ils apprendraient bientôt l'art d'interroger un élève, et qui permet, dès les premières questions, aux examinateurs désintéressés, de juger de l'étendue de ses connaissances et de le classer d'une manière certaine. En divisant l'époque des examens en deux sessions annuelles comme en Angleterre et aux Etats-Unis, ces examinateurs se réuniraient et se transporteraient dans les Facultés, car il faut dire que d'après le système de M. Diday, les Ecoles préparatoires seraient supprimées et remplacées par trois Facultés, à Lyon, Nantes et Bordeaux, ajoutées à celles qui existent, sauf à les réduire plus

tard à cinq, en faisant de celle de Paris, une *École supérieure de perfectionnement*.

Suivant M. Diday, « chacun dira ainsi ce qu'il sait parfaitement et non pas comme à présent, bien ou mal tout ce qu'il faut que l'élève sache. Plus de programme et plus de mot d'ordre. Car le *corps examinant* ne courbera tous les professeurs, toutes les écoles sous son inflexible niveau, que pour mieux laisser à chaque homme, à chaque pays, son inspiration, son initiative particulière. A ce compte, Montpellier, qui, avec son dogme transcendant, constitue un foyer d'instruction très-intéressant, mais très-insuffisant, pourra donner libre carrière à ses abstractions favorites. Sûre que l'élève ira chercher ailleurs ce qu'elle ne lui donne pas, cette Faculté aura bien vite repris, avec son ancienne indépendance, son ancien lustre. Personne n'y imposant plus le vitalisme, personne ne songera à le grimacer, et les professions de foi, affranchies désormais du soupçon de complaisance, n'en deviendront que plus persuasives. » (*Gaz. méd. de Lyon*, nos 8, 9 et 10.)

Nécessité d'un corps examinant distinct du corps professoral, par P. Diday, 32 pages in-8.

Sans méconnaître les bienfaits que cette réforme apporterait à la liberté de l'enseignement médical et les garanties sérieuses qu'elle présente pour connaître le savoir réel des candidats et leurs aptitudes diverses, on ne peut admettre que les hommes chargés d'examiner n'aient aussi une manière spéciale d'interroger, des questions particulières et des vues personnelles à faire prévaloir que leurs travaux pourraient indiquer aux élèves. Les ouvrages, Traités ou Manuels, des examinateurs des Écoles spéciales ont ainsi une vente assurée et préférée à ceux des professeurs mêmes. L'amélioration, si elle est réelle, ne serait donc que relative à cet égard.

Liberté de l'enseignement. Elle figure surtout parmi les réformes réclamées en Belgique, à l'occasion de la prochaine loi. « L'enseignement doit être libre, dit le *Scalpel*, d'accord en cela avec l'*Union médicale*, rien ne doit poser d'entraves à son développement; mais il ne doit pas en être ainsi de la collation des grades. Celle-ci constitue une garantie de capacité que la Société est en droit d'exiger de ceux qui veulent s'adonner à telle ou telle carrière, et elle ne peut appartenir qu'à l'État, représentant de la Société. » Faite collectivement

par la Fédération médicale, dans la réunion du 14 mai, cette demande a d'autant plus d'importance qu'elle n'est ni isolée ni individuelle. Il appartient surtout à ces grandes associations professionnelles, libres et indépendantes, de résoudre les divers problèmes qui agitent et troublent l'ordre médical. La dépendance budgétaire des Académies leur a fait négliger cette partie intéressante de leur mission ; elles ne pouvaient se montrer exigeantes envers les gouvernements qui les subventionnaient, et elles ont trouvé plus commode de limiter exclusivement leur action à la partie scientifique. En méconnaissant cette nécessité impérieuse de notre temps de s'occuper également des questions sociales et professionnelles, elles ont donné naissance à un pouvoir rival et distinct qui, en comblant cette lacune par son initiative, est destiné à remplir un rôle non moins utile et non moins grand que ces corps savants.

De la liberté de l'enseignement médical, par M. le docteur Dupré, professeur d'anatomie et de chirurgie à l'École pratique. Brochure in-8° de 32 pages. *Germer Baillière.*

Abolition du monopole de l'État dans l'enseignement et liberté de la concurrence, voilà le résumé de ce programme libéral. Centralisation pour l'examen, décentralisation pour l'enseignement, en sont les deux termes. C'est l'opposé du système proposé par M. Jaccoud, dans son rapport concluant au monopole de l'enseignement et des examens. Pour les facultés, M. Dupré s'accorde ainsi avec M. Diday, pour un corps enseignant séparé des examinateurs.

Enseignement en Angleterre. Une diminution considérable du nombre des étudiants, à Londres, a été la conséquence des nouvelles conditions mises à leur éducation préliminaire, accessoire et professionnelle, ainsi qu'il résulte du tableau suivant des examens faits par les différents corps enseignants.

	1er Examen.		*2e Examen.*	
	Admissions.	Refus.	Admissions.	Refus.
1864.	1708	375	1687	224
1865.	1493	309	1738	227

1315 inscriptions seulement ont été prises cette année, dont 1210 après un examen préliminaire, 105 candidats en ayant encore été dispensés.

S'il est curieux de comparer ces chiffres avec ce qui a lieu à

Paris, c'est surtout sous le rapport de la sévérité des actes, dont la proportion des ajournements permet de juger. D'après le rapport de M. Tardieu, elle était de 1 : 6, soit 16,67 p. 100 en 1864; elle est de 18 pour le premier examen et de 11,72 pour le second à Londres, soit 15 p. 100 en moyenne. La conclusion à en tirer est facile. D'où l'utilité de ces rapports annuels, minutieux, clairs et précis sur l'enseignement médical.

Consultations gratuites. Source féconde d'instruction pour les élèves, dont ils ne profitent guère par la rapidité et le peu de soin avec lesquels elles ont lieu ; la plupart des élèves ne les suivent même pas, tandis qu'elles pourraient être très-utilement érigées en polycliniques comme en Allemagne. Il suffirait à cet égard que le chef de service désignât les élèves chargés d'aller visiter à domicile les malades dans l'intervalle d'une consultation à l'autre, soit toutes les semaines pour éclairer, élucider les cas de diagnostic douteux, ou en surveiller le traitement. *The Lancet*, n° XV, propose un autre moyen d'utiliser cette précieuse ressource d'enseignement. C'est d'obliger les élèves à faire une espèce de surnumérariat à la salle des consultations gratuites en pansant les blessés et recueillant les observations, avant d'être admis à faire ce service pour les malades de l'intérieur, et de fixer un jour spécial pour l'examen approfondi des cas de diagnostic difficile ou douteux. En France, ces mesures ne sont guère applicables sous l'empire de la loi et le service de ces consultations fait alternativement par chaque chef de service.

ENTROPION. Un nouveau procédé, emprunté à celui de MM. Jäsche et Arlt, modifié par M. de Graefe, est ainsi exposé par M. Warlomont à l'Académie de médecine de Belgique :

La plaque de corne de Jaeger étant introduite sous la paupière supérieure, qu'elle sépare ainsi du globe de l'œil, est confiée à un aide; deux incisions perpendiculaires à la fente palpébrale, comprenant toute l'épaisseur des tissus recouvrant le cartilage tarse et d'une hauteur d'un centimètre environ, sont pratiquées, limitant en dedans et en dehors toute l'étendue du bord palpébral dont le redressement a été jugé nécessaire. Celui-ci est alors saisi par les cils, au moyen du pouce et de l'index, préalablement recouverts de craie pour en rendre le

contact plus ferme, et autant que possible tenu écarté de la plaque de corne. Alors le chirurgien introduit à plat, au milieu de l'espace intermarginal, c'est-à-dire entre le sol ciliaire, qui reste placé en avant, et le cartilage tarse, avec l'ouverture des glandes méibomiennes, situées en arrière, un bistouri bien pointu et affilé, qu'il enfonce à environ un centimètre de hauteur et conduit ainsi, depuis le milieu de la paupière jusqu'aux limites marquées par les deux incisions perpendiculaires, de manière à doubler celle-ci et à faire de la table externe, ainsi ménagée, un lambeau rectangulaire adhérent à sa base et présentant à son bord libre les cils qu'il s'agit de redresser. La table interne, qui demeure intacte, comprend le cartilage tarse avec son système glandulaire et la conjonctive palpébrale, que l'incision a entièrement respectée.

Ce lambeau quadrangulaire disséqué à la hauteur d'un centimètre environ, il ne reste plus qu'à le fixer dans une position telle qu'il ne puisse plus redescendre à son ancien niveau ; pour cela, on enlève à sa base, au moyen de bons ciseaux courbes, un pli de la peau palpébrale en feuille de myrte, que l'on a préalablement soulevé avec des pinces et parallèlement à cette même base, puis on en réunit les lèvres au moyen de deux ou trois points de suture, qui ont pour effet de remonter et de retenir fixé en haut tout le bord incriminé ; on l'arrête définitivement dans cette position, en réunissant par un point de suture l'angle inférieur de chacune des extrémités du lambeau quadrilatère à l'extrémité supérieure des deux premières incisions.

De cette opération on comprend l'effet : la cicatrice de la plaie en feuille de myrte attire en haut et y maintient le bord ciliaire, ainsi définitivement éloigné du globe, et la cicatrice intermarginale se fait, en dehors de tout contact avec la cornée, qu'elle n'est pas destinée à toucher jamais, ni partant à irriter par les irrégularités dont elle pourrait être hérissée. La table interne de la paupière, que l'on a laissée en arrière, est demeurée pourvue de son système glandulaire, qui continue à y remplir son office, c'est-à-dire à lubrifier le bord palpébral, ainsi maintenu dans les meilleures conditions physiologiques.

Ce procédé opératoire est applicable aux cas les plus graves, les plus étendus, les plus invétérés. Appliqué sept fois dans des conditions que l'on pouvait considérer comme désespérées,

chez des malades qui avaient déjà, pour la plupart, subi d'autres opérations et qui étaient privés de la vue depuis un grand nombre d'années, il a produit une telle amélioration que tous ont pu reprendre leurs travaux et même leurs études, et pourvoir à leur subsistance. L'opération est assez longue et laborieuse. M. Warlomont n'eut recours qu'une fois, chez un enfant, à l'emploi du chloroforme. Des fomentations froides sont tout le pansement; les fils sont coupés le quatrième jour, et le quinzième la cicatrisation est en général terminée et le succès assuré.

ÉPIDÉMIES. Épidémie russe. Dès les premiers mois de 1865, le bruit étrange que la *peste noire* régnait en Russie se répandit tout à coup et vint épouvanter toutes les populations d'Europe et jusqu'à celles du nouveau monde. Des renseignements demandés de toutes parts, des médecins envoyés de plusieurs États pour étudier le mal à sa source, convainquirent bientôt que cette épidémie ne présentait rien de nouveau. Il s'agissait tout simplement d'une forme particulière de la fièvre typhoïde, connue sous le nom de *fièvre récurrente*, *fièvre à rechute* ou *relapsing fever* des Anglais, *recurrendes fieber* des Allemands, *el revenote* des Espagnols, qui, sous la forme simple et bilieuse, exerçait ses ravages en Russie comme elle s'était manifestée ailleurs. Si l'incertitude a pu régner au début de cette épidémie, qui ne s'était jamais présentée à Saint-Pétersbourg, le diagnostic fut bientôt fixé et déterminé.

Elle débuta à la fin d'août 1864 par cinq ou six cas chaque jour. Les premières observations, recueillies par M. Hermann à l'hôpital d'Aboukhoff, datent de cette époque. Puis elle se développa tellement qu'au mois de novembre suivant, on en comptait déjà 500 cas dans les hôpitaux civils, vers la fin de janvier et le commencement de février elle était à son apogée et amenait jusqu'à 150 réceptions dans les hôpitaux civils, et si l'on comprend les cas de typhus ordinaire et d'autres maladies aiguës, le nombre s'en est élevé jusqu'à 250 et même 300 par jour. Enfin, elle s'est étendue dans plusieurs districts du gouvernement de Saint-Pétersbourg et même sur quelques points de celui de Novogorod, particulièrement sur la ligne ferrée, où elle paraît transmise de la capitale. Quelques cas se sont aussi montrés dans d'autres, et la maladie mérite d'autant plus de fixer l'attention que, dans sa forme bilieuse, elle est

très-grave et fait de nombreuses victimes, surtout parmi les hommes.

La période prodromique consiste en deux ou trois accès fébriles dont l'invasion brusque s'annonce tantôt par un frisson violent qui peut se répéter une deuxième fois, tantôt, et plus souvent, par des frissons erratiques. La céphalalgie, une soif vive, l'anorexie, des vomissements, une prostration plus ou moins profonde, se déclarent ensuite. Il s'y joint tantôt une diarrhée, tantôt de la constipation. Un sentiment de brisement des membres, des douleurs musculaires ou articulaires simulant celles du rhumatisme, se manifestent parfois dès cette période, et persistent ensuite pendant toute la durée du cours de la maladie.

Ces accès sont séparés par une rémission complète et très-brusque. Les localisations les plus constantes ont lieu sur la rate, qui acquiert des dimensions considérables et sur l'appareil biliaire.

C'est ainsi qu'après vingt-quatre heures, la maladie est constituée : face rouge, physionomie altérée fréquemment, légère teinte ictérique, dès le troisième ou quatrième jour. Céphalalgie gravative, peau chaude et sèche ; parfois s'observe une certaine tendance à la moiteur. Température à 39, 40 et même 41° centig. à 22 inspirations. Météorisme fréquent ; foie légèrement tuméfié, et accroissement presque constant de la rate. Soif vive, anorexie complète ; selles habituellement molles, abondantes, d'un jaune clair. Urine rare avec réaction acide et traces d'albumine, d'un poids spécifique de 1,016 à 1,024 et de 1,007 à 1,009 dans les rémissions. Douleurs musculaires persistantes ; sentiment de prostration profonde et apathie. Pouls de 100 à 120 dès le premier jour, et de 130 et même 140 plus tard. Jactitation, insomnie et parfois délire. Cet état dure sept jours en moyenne, quatre jours au moins, dix au plus, et, au moment où tous les symptômes paraissent avoir atteint leur summum, ils s'amendent ou même disparaissent tout à coup, le plus souvent à la suite de sueurs copieuses ; après quoi survient un sentiment de bien-être. Le malade, faible, anémique, semble entrer en convalescence. Mais ce n'est le plus souvent qu'un temps d'arrêt ; règle générale, quatre à dix jours après ce premier accès survient, sans cause apparente, une récidive de tous les symptômes caractéristiques avec une intensité moindre. Ces deux accès constituent d'ordi-

naire la maladie ; on a vu cependant des rechutes se reproduire une seconde et même une troisième fois.

La mort peut avoir lieu dans le premier accès. Une prostration profonde, l'état hydrémique, l'hydropisie générale, le délire suivi de coma, tels sont les symptômes qui l'annoncent. Les convulsions n'ont été observées que dans un seul cas.

Telle est la simple fièvre à rechute ; la forme bilieuse (*febris recurrens biliosa, biliose typhoid*) en diffère seulement par la prédominance des symptômes hépatiques : vomissements bilieux presque incessants, ictère prononcé, accidents cérébraux, collapsus, hémorrhagie, et tout le tableau symptomatique de l'ictère grave. Le pronostic, en pareil cas, est des plus sérieux. Néanmoins, alors même que le coma persiste depuis plusieurs jours, on peut voir, sous l'influence des moyens irritants, et surtout des affusions froides, la guérison survenir. Des selles liquides, noirâtres, vomissements d'une matière noire, marc de café ou du sang altéré, sont très-graves. La teinte ictérique est alors extrême ; le coma et le collapsus (algidité, cyanose des extrémités) très-prononcés, et la mort a lieu, en général, du dixième au douzième jour. Dans cette forme bilieuse, il y a de courtes intermittences ou plutôt des rémittences. Le pouls, durant l'accès, oscille entre 100 et 160 et descend dans les intermissions jusqu'à 45. Presque toujours petit, sa fréquence s'accroît sous l'influence des moindres excitations ; jamais il ne s'est montré dicrote. La durée de la période d'intermission varie entre quatre et dix heures.

On a toujours essayé sans succès de prévenir les rechutes par l'administration du sulfate de quinine.

L'accès se termine en général brusquement et par des phénomènes critiques, sueurs profuses persistantes pendant douze, vingt-quatre ou même trente-six heures. Le pouls descend rapidement de 100, 120, à 60 ou 40 pulsations ; la température de 1 à 3 ou 4 degrés centigrades. Une apyrexie lente n'a lieu que s'il existe quelque complication.

Les symptômes les plus saillants sont : le collapsus (algidité, cyanose), les douleurs rhumatoïdes et surtout la tuméfaction de la rate, appréciable dès le deuxième ou le troisième jour. La détumescence est au contraire très-lente, les vomissements de sang plus ou moins altéré appartiennent surtout à la forme bilieuse.

La *durée* totale de la maladie varie de 21 à 30, 40 et même

52 jours ; c'est-à dire plus que celle du typhus. La mortalité a été, pour les faits observés à l'hôpital d'Oboukhoff, de 10,77 pour 100. Elle ne s'est pas élevée à plus de 60 par jour au maximum dans les hôpitaux de Saint-Pétersbourg, et de 25 à 30 en moyenne ; ainsi, tandis que la proportion de mortalité était de 1 décès sur 17 malades, en janvier 1864, elle s'élevait à 1 : 11 en janvier 1865. Telle est la différence sans distinction. La forme bilieuse est beaucoup plus redoutable, surtout lorsqu'elle s'accompagne de symptômes urémiques ou cholériformes ; les malades succombent alors dans la proportion de 2 sur 3.

L'autopsie a toujours montré la rate augmentée de volume ; son poids s'élevant jusqu'à 3 livres. Le parenchyme splénique est friable, remarquablement granulé ; les corpuscules de Malpighi présentent habituellement des dimensions considérables. Le *foie* est tuméfié comme la rate, mais à un degré bien moindre ; les cellules hépatiques ont perdu leur transparence et renferment d'abondantes granulations graisseuses. Dans certains cas, suivant le docteur Herrmann, on trouve en outre, au milieu des acini, des dépôts constitués par une matière grasse qui présente ce caractère particulier, qu'elle ne se divise pas sous forme de gouttelettes et qu'elle ne se dissout pas dans l'éther. La vésicule biliaire est distendue par une bile épaisse. Jamais il n'existe d'obstruction dans le trajet du canal cholédoque, mais l'orifice duodénal de ce conduit et la membrane muqueuse du duodénum elle-même, ainsi que la muqueuse gastrique, portent habituellement les traces d'une inflammation catarrhale intense, avec accompagnement d'hémorrhagies capillaires dans certains cas ; dans l'intestin grêle, la membrane muqueuse est aussi parfois injectée, mais d'ailleurs on n'y rencontre aucune altération des glandes de Peyer ou des follicules isolés.

La dégénération graisseuse des cellules épithéliales du rein est chose fréquente. — En général, les centres nerveux, ainsi que les nerfs périphériques, ne présentent aucune altération appréciable. — Les fibres musculaires du cœur sont, au contraire, souvent le siége de la dégénération granuleuse, et, en même temps, les muscles de la vie animale, ceux des bras et des mollets en particulier, présentent des traces évidentes de dégénération graisseuse.

En ce qui concerne l'étiologie, il faut signaler au premier rang le caractère contagieux de la maladie : plusieurs médecins et plusieurs personnes attachées au service des hôpitaux en ont

été atteints. En général, on compte peu de victimes dans les classes moyennes, et principalement dans les hautes classes ; elles ont été au contraire surtout nombreuses parmi les ouvriers jeunes et vigoureux. L'encombrement, l'usage des pommes de terre malades et d'un pain altéré par la présence de l'ergot de seigle, l'abus des boissons spiritueuses, prédisposent, à contracter la maladie. (*Petersburger Medicin*, n° 29, 1864.)

M. Lebeau assimile la fièvre récurrente à la fièvre intermittente pernicieuse, malgré la longueur du stade. L'inefficacité bien constatée du sulfate de quinine dépendrait de l'état phlegmasique de l'estomac. Pour M. Sovet, la constatation du degré de chaleur animale, suivant la méthode de M. Robert de Latour, résoudrait cette question de diagnostic. (*Acad. de méd. de Belgique*, avril.)

La fièvre récurrente de Saint-Pétersbourg en 1865, par le docteur Van den Corput, délégué par le gouvernement belge en Russie. Brochure in-8°. Bruxelles. Compte rendu de sa mission officielle donnant le tableau suivant des ravages du fléau.

Du commencement de l'épidémie à la fin de février 1865 :

	Malades.		Morts.	
De typhus.	7,097	14,722	1,198	2,034
De fièvre récurrente. . .	7,625		836	

Avec les cas traités à domicile, les médecins, placés dans les meilleures conditions pour être bien informés, ont évalué à 18,000 le nombre total des personnes atteintes par l'épidémie jusqu'au 15 mai sur une population de 550,000 âmes.

Dans les hôpitaux, il y eut en mars :

	Malades.	Morts.	Guéris.	En traitement
Typhus.	1,598	358	1,208	1,068
Fièvre récurrente. .	2,894	407	1,467	1,931
	4,492	765	2,675	2,999

En avril :

Typhus.	1,752	403	1,182	1,235
Fièvre récurrente. .	2,258	380	2,181	1,628
	4,010	783	3,363	2,863

Ces chiffres permettent de juger et de la gravité et de la mortalité réelles de cette épidémie.

Pachyméningite. Dans les autopsies faites à l'hôpital militaire

de *Erster-Land*, à Saint-Pétersbourg, M. Kremianski a rencontré si souvent l'inflammation de la dure-mère avec tous les caractères de la pachyméningite, qu'elle ne saurait être considérée autrement que comme un phénomène épidémique. De septembre 1864 au mois de mars 1865, il l'a rencontrée 49 fois ; un mois plus tard, le nombre s'en élevait à 80, et ensuite presque journellement. Dans la moitié des cas environ, on observait les lésions que le professeur Illinsky a rencontrées dans les mêmes conditions.

Ainsi, à la face interne de la dure-mère, se trouvait au niveau des faces supérieures ou latérales des hémisphères cérébraux, une couche mince d'un dépôt jaunâtre, délicat, paraissant semé d'un nombre variable de caillots sanguins dont le volume varie depuis celui d'un grain de pavot à celui d'un grain de millet et même d'un petit pois. Lorsque ce dépôt a peu d'épaisseur et ne contient qu'un petit nombre de taches sanguines, ce qui est le cas le plus fréquent au début de l'affection, il est ordinairement masqué, au moment de l'autopsie, par le sang qui s'écoule des sinus et qui recouvre la face interne de la dure-mère. Il peut dès lors passer facilement inaperçu quand on n'a pas soin de laver la dure-mère avec précaution. Lorsqu'on a procédé à cette opération, on voit le dépôt, sous forme fibrineuse et dendritique, flotter et se détacher nettement sous l'eau. Ailleurs, la dure-mère paraît seulement opaque, plus succulente qu'à l'état normal et plus tendue. Quand on l'incise, elle laisse écouler une assez grande quantité d'un liquide séreux, trouble, contenant des globules sanguins et des cellules épithéliales atteintes de dégénérescence graisseuse. L'élément le plus important de cette lésion, ce sont les extravasations sanguines, dues à la rupture des vaisseaux de nouvelle formation. Ces hémorrhagies sont parfois extrêmement abondantes.

On trouve alors à la face interne de la dure-mère, à la convexité ou sur les côtés des hémisphères (jamais à la base du crâne), une couche de caillots sanguins ayant plus de deux lignes d'épaisseur et enchevêtrés dans les mailles du néoplasme. M. Kremiansky admet que cette quantité de sang est suffisante pour exercer une compression mortelle sur le cerveau. Le plus souvent la quantité de sang extravasée est moins grande, et l'on trouve surtout un exsudat séreux abondant.

Ces lésions correspondent manifestement à la période aiguë,

initiale, de l'affection décrite par Virchow sous le nom d'hématome de la dure-mère, et par d'autres auteurs sous celui de pachyméningite interne chronique. Mais cette affection n'avait pas été observée jusqu'à présent sous forme d'épidémie. (*Deutsche Klinik*, n° 26.) Voy. PACHYMÉNINGITE.

Épidémie d'Allemagne. Sa coïncidence avec la précédente a surtout contribué à appeler l'attention sur elle lors de son apparition, au mois de décembre dernier, dans les provinces orientales de la Prusse. Le voisinage des lieux autant que la gravité du mal justifiait l'émotion qu'elle a causée et l'examen spécial qui en a été fait. Sans confondre ces deux fléaux, les médecins allemands pouvaient bien hésiter au premier moment à caractériser une maladie qui ne s'était pas encore montrée sur leurs terres à l'état épidémique. Sous cette forme, en effet, le méningite cérébro-spinale fit sa première apparition à Genève, en 1805. De 1832 à 1849, elle se présenta à plusieurs reprises en France et dans l'Italie méridionale, puis en Algérie, aux États-Unis, à Gibraltar, en Danemark, en Suède, en Norwége, à Dublin, Bedford et Édimbourg. En 1860, elle décima les troupes hollandaises à Arnheim, et la voici qui sévit maintenant dans la forteresse fédérale de Rastadt, la Hesse, le Brunswick, le Hanovre, le grand-duché de Bade, frappant avec une égale intensité sur la population civile et militaire sans distinction d'âge ni de sexe, et donnant une mortalité de 50 à 60 pour 100.

Elle se distingue surtout par son extrême intensité, comme le montre l'histoire complète tracée par le professeur Niemeyer. (*Die epidemische cerebro-spinal meningitis*, 69 pages in-8° ; Berlin.) A Rastadt, sur 38 décès survenus dans la garnison, 4 eurent lieu le premier jour, 6 le second, 6 le troisième, 7 le quatrième, 2 le cinquième, 1 le sixième, 2 le huitième et 2 le neuvième jour; les 8 autres étant survenus à une époque plus éloignée. 83 cas dans la population civile ont donné 27 décès. A Carlsruhe, sur 6 soldats atteints, 5 moururent. Les jeunes gens et les enfants ont été principalement atteints dans certaines localités. A Einbeck, en Hanovre, 80 enfants et 5 adultes atteints ont donné une mortalité de 33 pour 100. Tels sont les désastres de cette terrible affection qui, dans certains cas, débute subitement par des vertiges, le délire et les convulsions, et se termine par la mort vingt-quatre heures après.

A part ces cas foudroyants, des prodromes comme du malaise, un frisson intense se manifestant vers le soir, suivi d'une chaleur considérable avec céphalagie, nausées, vomissements, marquent l'invasion. Puis se manifestent une sensation de tension à la nuque, une agitation considérable, du tremblement des extrémités, avec hyperesthésie si douloureuse de la peau, que le moindre attouchement arrache des cris au malade. L'aspect de la face est celui d'un homme ivre : œil brillant, conjonctives injectées, pupilles contractées. Le pouls est le plus souvent modéré, et la température s'élève exceptionnellement à 40 degrés, sinon dans les cas rapidement mortels où, après une ou deux oscillations, elle s'élève à un degré supérieur pour y rester jusqu'à la mort.

De véritables accès spasmodiques suivent bientôt. Spasmes tétaniques du trapèze et des muscles du cou imprimant à la têtes des positions variées dans un angle droit avec le tronc, convulsions tétaniques des membres, délire et coma. Dans les intervalles de calme, le malade accuse d'intenses douleurs de tête et d'estomac, les vomissements continuent. Une prostration extrême s'empare du sujet, surtout quand la mort doit s'ensuivre. Il ne répond plus aux questions et reste sans mouvement dans le décubitus dorsal. Les extrémités sont agitées de petits tremblements; la face pâlit; le pouls, de 80 à 100, est surtout manifeste dans les carotides, comme dans le cas de gêne circulatoire intra-crânienne. Des éruptions de nature rubéolique, scarlatineuse, herpétique, érysipélateuse, apparaissent surtout à la face. On a noté la constance de l'herpès labial, la fréquence des pétéchies. Le catarrhe intestinal, la pleurésie, la péricardite, les parotidites et les inflammations de l'œil viennent aussi compliquer souvent la maladie principale. Enfin, le coma augmente ; il y a strabisme, amaurose, surdité, paraplégie, et la mort termine ordinairement cette scène douloureuse.

Le traitement a été purement symptomatique : glace sur la tête, émissions sanguines locales, opium, calomel, suivant les indications. Mais il n'a paru avoir généralement que peu d'action. La guérison a surtout lieu au début du mal, quand après en avoir présenté les symptômes caractérisques, les malades, activement traités, sont pris d'une transpiration profuse qui arrête ordinairement les accidents. Ce n'est que par exception que, la maladie ayant parcouru ses périodes, on voit les exsu-

dats se résorber, les symptômes graves disparaître graduellement, et s'ensuivre une convalescence à marche ordinairement lente.

Tout en ne paraissant due ni au sol ni au climat, cette affection a revêtu néanmoins une forme bien plus grave dans les endroits humides ou mal aérés. Des casernes ont été ainsi décimées, et bien que son caractère contagieux ne puisse être mis en doute, on a pu distinguer l'action de cette cause toute locale.

Les lésions trouvées à l'autopsie sont l'hypérémie générale du cerveau et la congestion de ses membranes. Les sinus de la dure-mère contiennent un abondant exsudat sanguin fibrineux, fibrino-albumineux, avec effusion purulente parfois colorée de sang dans la trame cellulaire de la pie-mère. Même après vingt-quatre heures, l'abondance de cette exsudation est telle, que l'arachnoïde et la pie-mère en étaient désunies dans quelques cas. Cette couche de pus est surtout considérable à la base du cerveau, autour des nerfs optiques, le long de la moelle allongée et spinale, principalement aux renflements dorsal et lombaire.

En général, ces lésions ont été dans un rapport constant avec les symptômes observés pendant la vie. Ainsi le coma répond à la méningite de la convexité, tandis que celle de la base correspond à l'amaurose, la paralysie du trijumeau, la fonte de l'œil, la surdité, la paralysie faciale, etc. Les troubles convulsifs, tétaniques ou éclamptiques, étaient en relation avec la méningite de la face inférieure du cervelet et du bulbe rachidien, comme les paralysies et les contractures des membres, le relâchement des sphincters correspondaient à la lésion des segments des méninges spinales qui président à ces fonctions.

Si donc ces graves lésions anatomo-pathologiques révèlent le peu d'espoir qu'il y a à fonder sur le traitement de cette épidémie, elles expliquent du moins les phénomènes observés et éclairent sur le rôle physiologique spécial des centres nerveux. (*Union méd.*, n° 75.)

Épidémie de la Réunion. Une fièvre, offrant une certaine analogie avec la précédente, a éclaté dans cette île à la suite d'un débarquement de quatre cent cinquante émigrants de Calcutta, le 15 décembre 1864. Sept hommes étaient morts durant la

traversée et plusieurs étaient malades à l'arrivée. Bientôt la maladie se répand, se propage avec un caractère contagieux des plus évidents. Le mal débute sans prodromes. Mal de tête violent avec courbature, brisure des membres, fièvre ardente avec ou sans frissons, facies exprimant une fatigue extrême, comme si toutes les forces étaient épuisées ; l'œil est rentré, douleur épigastrique prononcée, s'irradiant souvent dans tout l'abdomen; teinte ictérique marquée; les conjonctives sont d'un jaune plus ou moins foncé; aucune éruption à la peau. Les vomissements et la diarrhée sont souvent bilieux, et quelquefois noirs comme du marc de café, mêlés de caillots de sang noir. La diarrhée manque quelquefois, mais les vomissements et les nausées rarement; hoquet; urines rares et très-bilieuses ; soif ardente; inappétence complète ; agitation , somnolence ; jamais de délire.

Cette période aiguë, de deux, trois, quatre, huit jours, est parfois suivie tout d'un coup d'une rémission complète avec sueurs froides, abondantes. Le mieux survient alors, ou un affaissement promptement mortel. La langue, assez souvent, reste humide; elle est aussi sèche, rouge, comme brûlée, rarement blanchâtre. Ceux qui semblent le plus gravement atteints guérissent souvent assez promptement, et d'autres, avec des symptômes d'apparence légère, restent longtemps malades ou rechutent, sans rien de régulier à cet égard, et le plus souvent par imprudence manifeste dans le régime.

Les autopsies ont révélé une teinte jaune prononcée dans tous les organes, jusque dans les cartilages ; le foie d'un jaune pâle, sans altération de texture; la rate hypertrophiée, ramollie et contenant une bouillie noire ; le sang généralement altéré dans sa consistance, décoloré, extravasé parfois dans les tissus; l'estomac et les intestins offrant parfois quelques traces d'inflammation , mais rien de caractéristique. (*Union médicale*, n° 81.)

Aussi le docteur Lacaze, qui s'est fait le narrateur de cette épidémie, penche-t-il à croire à la fièvre jaune, que ces lésions anatomo-pathologiques ne confirment que trop.

Typhus contagieux des bêtes à cornes. Cette maladie essentiellement contagieuse et originaire des steppes de l'Europe occidentale, où elle trouve seulement les conditions de sa génération et de son développement spontané, a été de nou-

veau importée en Angleterre, qui attire sur son marché des animaux de boucherie de tous les pays, par l'énorme consommation de viande qu'elle fait. Sans avoir encore les documents nécessaires pour en établir la voie de transmission, M. Bouley, envoyé à Londres pour étudier cette maladie, sait pourtant que son apparition dans cette ville a coïncidé avec l'arrivée d'un convoi de trois cents animaux embarqués à Revel dans le golfe de Finlande, à destination de l'Angleterre, et arrivés par Lubeck et Hambourg, après une traversée de six jours environ, grâce à la rapidité des moyens de communication.

Le typhus des bêtes à cornes est, de toutes les maladies qui attaquent nos animaux celle dont les propriétés contagieuses sont le plus développées. Un seul animal malade dans une étable suffit pour infecter tous ceux qui l'habitent. Il suffit, pour qu'un troupeau contracte le typhus, qu'il se trouve *sous le vent* d'un animal infecté... Sa transmission peut aussi s'opérer par l'intermédiaire des vêtements des hommes qui sont restés en rapport avec les animaux infectés...

La période d'incubation de cette terrible maladie varie entre cinq et treize à quatorze jours. Les premiers symptômes sont l'abattement, la prostration ; l'animal est triste, sombre, absorbé. La respiration laryngée est un peu sonore ; la rumination est irrégulière, incomplète. Il y a des bâillements fréquents et des grincements de dents. Puis apparaissent des tremblements généraux, manifestés surtout en arrière des épaules, aux jarrets et aux fesses, avec des alternatives de chaleur à la peau et d'abaissement de température, notamment à la base des cornes et aux extrémités.

Des larmes s'écoulent en abondance des yeux et ont une telle âcreté qu'elles excorient la peau.

Un liquide non moins âcre sort des cavités nasales. Avec les progrès de la maladie, les humeurs des yeux et des cavités nasales deviennent purulentes, et souvent, à cette époque, l'air exhalé par les cavités nasales répand une odeur fétide ; à ce moment aussi la respiration devient plus difficile et s'accompagne, dans le larynx, d'une sorte de bruit de cornage que l'on entend à distance, en entrant dans les étables.

Salive écumeuse sortant de la bouche ; épithélium de cette cavité soulevée par la sérosité, ce qui fait qu'il se sépare à la moindre pression avec la pulpe des doigts... La diarrhée ne tarde pas à se manifester : ce sont d'abord les matières alimen-

taires qui sont expulsées liquides d'une manière torrentueuse, peut-on dire, et associées à des gaz qui leur donnent une fétidité caractéristique; puis, quand le canal est vide, les produits des digestions deviennent séreux, et enfin, à la dernière période, ils sont sanguinolents et de plus en plus fétides.

Tous les symptômes ci-dessus augmentent à mesure que la maladie progresse, la température de la peau s'abaisse sensiblement, et quand on appose les mains sur la peau du dos, on perçoit une sensation analogue à celle que donne le toucher d'un animal à sang froid ; souvent, à cette période, un symptôme se manifeste, déjà signalé par les anciens auteurs, et très-caractéristique : je veux parler de l'état emphysémateux du tissu cellulaire, notamment à la région supérieure le long de l'épine. Lorsque ce symptôme est apparu, les animaux sont devenus tout à fait insensibles. Aussi les mouches les couvrent-elles comme si déjà ils étaient des cadavres. Elles s'accumulent autour des ouvertures naturelles et y déposent leurs œufs, qui quelquefois ont le temps d'y éclore...

L'amaigrissement rapide et profond des sujets est un des caractères propres à cette affection et qui s'accuse à un degré d'autant plus marqué que la vie se prolonge davantage. Les sujets deviennent véritablement étiques. Leurs muscles effacés et parcheminés laissent apparaître tous les reliefs du squelette, notamment à la région du bassin, dont les excavations se creusent profondément.

La mort survient d'ordinaire du troisième au douzième jour; rarement la vie se prolonge au delà de cette dernière période.

Les lésions les plus remarquables sont les suivantes :

Inflammation à tous les degrés, depuis la simple rougeur jusqu'à l'ulcération et la perforation dans toutes les parties du canal digestif ; ecchymoses, vergetures, gonflement, pustulation, ulcération des plaques de Peyer.

Rate saine ; taches pétéchiales et ecchymose profonde du cœur. Emphysème général des poumons. (*Acad. de méd.*, août.)

On the Cattle plague, or contagious typhus in horned cattle. Du typhus contagieux des bêtes à cornes; histoire, origine, description et traitement, par le docteur Bourguignon. Un volume in-12 de 480 pages environ.

Le savant lauréat de l'Institut de France pour ses recherches

sur la contagion des maladies des animaux à l'homme a profité de son séjour en Angleterre pour tracer une relation exacte du fléau qui a fait de si grands ravages dans les troupeaux anglais.

Voy. Choléra.

ÉPILEPSIE. Diagnostic. L'*aura* ne peut être un signe distinctif, suivant M. Moreau, car il est excessivement rare. Depuis quatre ans qu'il est à sa recherche dans son service de quatre cents malades à la Salpêtrière, où les entrées annuelles sont de soixante-dix à quatre-vingts, il ne l'a rencontré qu'une seule fois nettement et franchement caractérisé. Tous les autres phénomènes observés avant, après ou durant l'intervalle des accès dans l'épilepsie, l'hystérie convulsive et l'hystéro-épilepsie, ne diffèrent pas des perturbations physiques et morales mal définies qu'éprouvent ces malades, et ne sont que des symptômes ordinaires dont certains aliénistes ont fait à tort des signes distinctifs pour créer autant de genres d'épilepsie avec un traitement spécial. C'est là une grosse et déplorable erreur.

Cette distinction entre l'épilepsie, l'hystéro-épilepsie et l'hystérie ne peut se faire au début que par un examen répété *de visu*, qui n'est possible qu'à l'hôpital. C'est ainsi que les *secousses*, que l'on peut comparer aux effets produits par des décharges électriques sur la motilité, mais qu'il faut voir pour les connaître et les distinguer des convulsions hystériques, sont un des caractères exclusifs de l'épilepsie. Mais elles peuvent se montrer chez des hystériques comme un prodrome de l'épilepsie. Lorsqu'elles agitent un membre, un côté du corps ou une région musculaire quelconque, on les confond souvent avec des *tics*, qui se trouvent être ainsi les précurseurs du grand mal. C'est donc là un symptôme très-fâcheux.

Absences, étourdissements. La perte de connaissance étant commune aux hystériques et aux épileptiques, on ne saurait établir un diagnostic différentiel sur ce signe absolu ; des nuances seules peuvent aider à cet effet. Ce sont plutôt des syncopes, des évanouissements incomplets, n'impliquant pas la perte de connaissance chez les hystériques. Elles se sentent froid aux pieds, aux jambes, la tête leur tourne, le cœur leur manque. On les voit rougir et pâlir alternativement; obligées de s'asseoir ou de se coucher ; nul mouvement convulsif des paupières; fixité, mais non égarement du regard.

Chez celles qui ont été touchées par l'épilepsie ou qui en sont menacées, la perte de connaissance arrive plus rapidement, sans malaise général, fixité du regard, immobilité sans affaissement sur elles-mêmes. L'explosion est, au contraire, instantanée chez d'autres, la perte de conscience est complète. Il s'y joint des troubles de la vision et même des mouvements convulsifs des muscles du visage.

Le véritable vertige épileptique frappe avec l'instantanéité, la rapidité fulgurante d'une décharge électrique à la manière des grands accès. La perte de connaissance est non moins absolue que subite.

Attaques épileptiformes. Cette forme d'étourdissement qui affecte les vieillards, les personnes de complexion apoplectique ou atteintes d'hypertrophie du cœur, qui commettent des excès alcooliques, vénériens ou intellectuels, diffère du vertige épileptique en ce que la perte de connaissance est extrêmement rare et toujours incomplète, sans rien d'instantané, d'électrique. Elle ressemble davantage au vertige hystérique ou hystéro-épileptique, bien que, pour un œil exercé, il ne puisse y avoir méprise.

Les malades sont rarement pris à l'improviste ; ils sentent venir l'attaque, luttent, songent à en prévenir les conséquences et appellent au secours. Quelques-uns sont envahis par un sommeil de plomb ; d'autres voient les objets tourner, les pieds leur manquent comme sur un sol mouvant, et alors même que l'attaque est légère, le malade est plus ou moins de temps à revenir à lui.

Le plus souvent ces attaques sont symptomatiques d'accidents cérébraux purement congestifs. (*Union méd.*, n° 72 et suiv.)

Délire. Un des caractères distinctifs avec celui de la folie, c'est la conscience plus ou moins nette qu'en a l'hystéro-épileptique. Qu'on interroge les malades au plus fort de leurs divagations, alors même qu'elles s'abandonnent à toute sorte d'excentricités, d'extravagances, que toutes leurs paroles trahissent le désordre de leur esprit, qu'elles paraissent subjuguées par des convictions délirantes, des hallucinations de toute nature, et la première question les remet instantanément dans leur bon sens et les rend à elles-mêmes. Elles conviennent qu'elles ne savent ce qu'elles disent, ce qui ne les empêche pas

de retomber aussitôt dans leurs divagations. D'où la contradiction qui s'observe entre leurs paroles et leurs actes. De là aussi une grande analogie entre ce délire et celui que produit le baschich et d'autres substances narcotiques. On y trouve aussi tous les éléments morbides distincts, comme idées fixes, hallucinations de la sensibilité générale, de l'ouïe, de la vue, incohérence des idées, impulsions automatiques, folies affectives, pseudo-monomanies, états mixtes, toujours isolés, au contraire, dans la folie simple ou essentielle.

Il a aussi beaucoup de ressemblance avec le somnambulisme par l'état absorbé, les rêvasseries continuelles dans lesquelles les malades sont plongés et qui reviennent par accès comme d'une manière intermittente, et se terminent ordinairement par des convulsions ou des spasmes.

Les idées de suicide, au lieu d'être logiquement raisonnées comme chez les fous, sont spontanées, instantanées comme l'accès lui-même, sans lien ni cause appréciable. De même des impulsions à frapper, à détruire.

Tous ces phénomènes délirants jugent d'ailleurs aussi bien l'accès qu'ils en sont jugés eux-mêmes, c'est qu'ils l'annoncent aussi bien qu'ils le terminent, mais s'y rattachent toujours très-étroitement.

Erotisme. Contrairement à la croyance accréditée, c'est un symptôme tout à fait exceptionnel. Trois exemples s'en sont seulement présentés, pendant cinq ans, dans un service de trente-cinq à quarante hystéro-épileptiques.

Complications. Sur 316 épileptiques observés à Bicêtre durant six années, MM. Rengade et Raynaud ont établi statistiquement que 108 avaient été exempts de tout accident, 8 seulement en ont présenté de légers, sans importance, et 200, soit 2 : 3 environ, de plus ou moins graves, dont suit la nature et l'ordre de fréquence.

Contusions, ecchymoses, plaies. 167 cas siégeant le plus souvent à la tête et aux parties saillantes osseuses des articulations en particulier. Leur gravité est en rapport avec leur répétition, qui s'oppose à la guérison et non avec la soudaineté ni la force de la chute.

Morsures. 70 cas. Langue, lèvres, joues, rarement sur d'autres parties du corps.

Brûlures. 17 cas. Les précautions prises à ce sujet dans un hôpital expliquent la rareté de cet accident, si commun en ville.

Fractures. Des dents, 10 cas; du nez, 2; clavicule, 2; le bras, 2, dont trois récidives chez le même malade; olécrâne, 1; maxillaire inférieur, 1; base du crâne, 3 : total, 21 cas.

Entorses. 3 cas, dont 1 du poignet.

Luxations. De l'épaule, 7 cas, le plus souvent répétées à plusieurs reprises et jusqu'à six fois et plus. Comme pour les plaies, la récidive rapprochée des accès fait surtout le danger, la gravité des fractures et des luxations en s'opposant à la contention.

Accidents nerveux. 29 cas de complications névropathiques, paralysies, contractures. L'hémiplégie du côté droit est la plus fréquente.

Hémorrhagies. 27 cas, dont la plupart sont des écoulements sanguins par le nez, la bouche, l'oreille, ou une lésion artérielle résultant de la chute. Des suffusions sanguines, pétéchies, avec gonflement à la face et au cou, regardées comme très-fréquentes, n'ont été rencontrées que trois fois, sans compter un cas d'hématidrose, des hémoptysies consécutives et des congestions cérébrales qui, tout en se rattachant à l'accès, n'en sont que le produit médiat.

Mort. 10 cas pendant l'accès, dont 6 par congestion cérébrale, asphyxie, et 4 par étouffement dans le lit ou dans la terre fraîchement labourée.

Accidents indéterminés. Il en existe un certain nombre de cas. C'est ainsi que l'on pourrait reconnaître la nature des accidents d'empoisonnement par le tabac que présentent certains épileptiques à la suite de l'accès. 2 cas s'en sont présentés chez des malades qui avaient une chique dans la bouche lors de l'accès et qui l'avaient avalée par un mouvement spasmodique de déglutition.

La plupart de ces accidents sont d'autant plus graves que beaucoup d'épileptiques tombent toujours sur le même point du corps, 18 malades présentaient cette particularité dont 6 tombaient invariablement du côté droit, 2 seulement du côté opposé, 3 sur les coudes et les genoux, 2 sur le dos,

1 sur le front, 1 sur la tête, 1 sur l'occiput, 1 sur le nez, 1 sur le menton. Des bourrelets appliqués sur ces parties peuvent prévenir ou diminuer les effets dangereux de ces chutes répétées.

Quant aux causes de ces accidents, elles se rapportent à l'âge, à la constitution, la profession des malades. Les lésions externes sont surtout fréquentes chez les adultes, en raison de l'intensité des accès. Les sujets maigres, lymphatiques ou scrofuleux y sont plus exposés. Ce sont les hémiplégies et autres accidents nerveux qui prédominent chez les enfants. Les vieillards ont à redouter les fractures et les congestions.

Les professions prédisposent à certains accidents particuliers. Les fractures, les luxations, résultent surtout de la chute d'un lieu élevé ; les brûlures sont particulières à ceux qui travaillent près du feu et plus fréquentes l'hiver. Le séjour au lit n'est même pas sans danger, à moins que la camisole de force ou un lit approprié ne le préviennent. L'été, c'est-à-dire une température élevée, prédispose aux congestions. Il suffit donc d'indiquer ces causes pour en atténuer, en prévenir l'action par des soins, des précautions et des moyens appropriés. (*Gaz. hebd.*, janvier.)

Rupture du cœur. Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Blois, M. Lunier en a observé deux cas dans l'hiver de 1861. Le premier chez un épileptique de soixante-neuf ans, n'ayant d'accès que tous les trois mois ; mais d'une extrême violence, sans aucun symptôme d'affection du cœur. Dans l'un de ces accès, le 2 décembre, il mourut subitement. L'autopsie ne révéla pas d'autre lésion anatomique que le péricarde énormément distendu, et le cœur comme perdu au milieu de caillots de sang.

Sur la face postérieure de l'organe, vers la partie moyenne et près du bord gauche, il existe une déchirure irrégulière, à bords frangés, à direction parallèle au sillon longitudinal, longue de 22 à 25 millimètres, établissant une large communication entre le ventricule gauche et le péricarde.

Des brides charnues réunissent en plusieurs points les bords épais de la solution de continuité.

A l'intérieur de la cavité ventriculaire, on distingue bien nettement deux pertuis assez étroits, distants l'un de l'autre d'un centimètre environ et convergeant obliquement vers l'ouverture extérieure, beaucoup plus étendue.

Les orifices et les valvules présentent quelques concrétions cartilagineuses au niveau du bord adhérent des valvules sigmoïdes, mais sans trace aucune de rétrécissement.

Les parois du ventricule gauche sont légèrement hypertrophiées, sans augmentation ni diminution de la cavité ventriculaire.

Une coupe perpendiculaire à l'axe du cœur, au niveau de la partie moyenne de la déchirure, donne 18 millimètres d'épaisseur à la paroi du ventricule gauche, au niveau de la déchirure, et 22 millimètres partout ailleurs.

Les parois du ventricule droit n'ont, au même niveau, que 4 millimètres d'épaisseur.

Le second cas s'est présenté chez un épileptique de quarante-trois ans, dont les accès survenaient tous les quinze jours environ avec une série d'accès consécutifs pendant quatre à cinq jours et d'une extrême violence, sans avoir jamais offert, pendant huit ans d'observation, le moindre symptôme morbide du côté du cœur. Le 27 décembre, il est trouvé mort dans son lit sans avoir éveillé personne. De violents accès avaient eu lieu dans la journée.

L'autopsie montre le poumon gauche refoulé en arrière dans la gouttière vertébrale par le cœur enveloppé de son péricarde, dont l'incision donne lieu à l'écoulement de deux verres environ de sang noir mêlé de caillots.

Le cœur est petit. Un peu à droite du sillon antérieur, le long de la cloison interventriculaire, existe une déchirure à peu près parallèle, longue de 6 à 7 centimètres, et occupant toute l'épaisseur de la paroi antérieure du ventricule droit. Les piliers qui masquent en partie cette déchirure à l'intérieur sont conservés, et c'est à travers leurs interstices que cette cavité communique avec celle du péricarde. Les bords de la solution de continuité sont éraillés comme l'est un morceau d'étoffe auquel on fait un trou avec le doigt.

Aucune trace de lésion organique ; valvules saines, sans insuffisance ni rétrécissement.

Une coupe perpendiculaire à l'axe du cœur, vers la partie moyenne, où siége la déchirure, donne 4 à 5 millimètres d'épaisseur, et 12 à 13 millimètres au ventricule gauche.

Ces faits sont aussi remarquables qu'ils sont rares ; Short en signale un analogue où la lésion existait dans le ventricule gauche. Ce siége, autant que le moment où la rupture a été

observée et l'absence d'autres lésions, permet donc d'admettre qu'elle est due à la gêne apportée à la circulation par l'accès d'épilepsie et aux efforts violents des ventricules pour repousser le sang dans les artères comprimées. Le cœur, en un mot, a dû se rompre chez ces malades comme se rompt l'utérus pendant l'accouchement, lorsqu'une résistance quelconque s'oppose à l'expulsion du fœtus. Si, chez le second, cependant, la lésion avait son siége sur le ventricule droit, il faut l'attribuer à ce qu'il y a eu d'abord un commencement d'asphyxie, comme cela a lieu assez souvent chez les épileptiques qui meurent la nuit pendant un accès convulsif, et que l'obstacle au cours du sang s'est fait principalement sentir dans la petite circulation ou circulation pulmonaire. On trouva, en effet, dans le péricarde, une grande quantité de sang noir encore liquide, mêlé seulement de quelques caillots.

Je ne puis croire, dit M. Lunier, que les accidents de cette nature ne soient pas plus fréquents. Je suis convaincu que si dans tous les cas de mort subite, chez des épileptiques, on ne se contentait pas le plus communément d'ouvrir le crâne et le rachis, on rencontrerait plus souvent la rupture du cœur. Aussi l'attention des médecins appelés à faire des autopsies d'épileptiques doit-elle être fixée sur ce point. (*Soc. de méd. de Paris* et *Gaz. des hôp.*, n° 109.)

Traitement. *Mariage.* Conseillé surtout dans l'hystérie et l'hystéro-épilepsie, d'après quelques idées régnantes, ce moyen n'a jamais été suivi de succès sous les yeux de M. Moreau. Sur un total de 287 malades, 187 dont 8 hystériques, 17 hystéro-épileptiques et 162 épileptiques y ayant eu recours dans le but exprès de se débarrasser de leurs accès, aucune n'y a trouvé la guérison ; le plus grand nombre, au contraire, sinon toutes, y ont trouvé une aggravation.

Hydrothérapie. Le corps étant frotté avec une éponge imbibée d'eau froide, un jet d'eau froide est projeté avec force exclusivement le long de la colonne vertébrale, pendant trois à cinq minutes, ce qui suffit pour déterminer une rougeur plus ou moins vive, comme érysipélateuse. Quand la menstruation est irrégulière, la douche est continuée une ou deux minutes sur le pubis, ce qui suffit souvent pour rétablir la régularité. Les malades se livrent ensuite aux exercices gymnastiques pendant une demi-heure. Or, sur 32 épileptiques soumises à cette mé-

thode, 15 environ ont éprouvé une amélioration durable : les accès sont devenus plus rares et ont perdu de leur violence. Chez les autres, dont plusieurs cas sont rapportés comme exemple, l'amélioration a été telle qu'au lieu d'un ou plusieurs accès par semaine et même par jour, avec vertiges de dix à vingt minutes, les malades sont restées un mois et plus sans aucun accident.

Sur 19 hystéro-épileptiques, il y a eu 2 guérisons vraies, incontestables; 2 moins certaines et 1 *pseudo-guérison*. Des 14 autres, 9 se sont trouvées plus ou moins améliorées, 5 n'ont éprouvé aucun résultat.

Sur 15 hystériques, 7 guérisons, 6 améliorations notables, 2 cas réfractaires. L'hydrothérapie est donc définitivement aujourd'hui un des moyens les plus efficaces contre cette grave et redoutable névrose.

Le docteur Schreyer (de Hambourg) en a modifié l'administration en faisant prendre chaque jour un bain tiède à 28 degrés à l'issue duquel, une demi-heure après, il fait verser, d'une hauteur de 4 à 6 pieds, sur la nuque et le dos, d'abord un, puis deux et trois seaux d'eau froide. On termine par des frictions brusques et réitérées. Une diète sévère, plusieurs purgatifs salins sont administrés et l'on y ajoute, quotidiennement, en deux doses progressives, de 4 à 12 grains de digitale. Sur 16 individus ainsi traités, 3 seulement éprouvèrent une rechute. Encore finirent-ils, en reprenant les remèdes, par guérir définitivement. Cette cure doit, en moyenne, durer six mois. A un moment donné, on diminue graduellement la quantité de la digitale, rangée parmi les spécifiques du mal caduc. L'hydrothérapie rend de réels services dans les variétés idiopathiques et symptomatiques. Tout en faisant de justes réserves, on peut donc rationnellement appeler l'attention sur cette méthode. (*Rivista clinica*, juin.)

Bromure de potassium. Quoique contradictoires, les résultats de cette nouvelle expérimentation dans les hôpitaux n'en sont pas moins instructifs. L'incurabilité du mal et la nouveauté du remède qui est employé après tant d'autres pour le combattre, les rendent également intéressants.

Entre les mains de M. Bazin à l'hôpital Saint-Louis, ses effets ont été des plus heureux ; l'action en paraît surtout évidente chez un employé de commerce de quarante ans qui,

après six années de grands chagrins domestiques et une séparation judiciaire, avait eu une première attaque à trente huit ans. De gai, il était devenu triste, sombre, indifférent, ennuyé, et pendant deux ans les accès se répétaient de plus en plus fréquents et violents malgré l'emploi de tous les remèdes connus, rationnels et secrets : assa fœtida, extrait de valériane, valérianate d'ammoniaque, camphre, hydrocyanate de fer, lactate de zinc et de manganèse, sulfate de cuivre ammoniacal, remède d'Agen (*cétoine dorée*), remède de Pain (*Galium album*), aucune amélioration n'était survenue et les attaques revenaient constamment depuis tous les quinze jours et même tous les cinq à six jours par intervalles.

Chaque attaque était presque constamment précédée d'un malaise général très-marqué ; très-souvent il éprouvait une sensation de froid intense, au niveau des genoux, qu'il ne pouvait réchauffer. Le malaise redoublait lorsque l'accès était sur le point d'éclater ; et redoutant alors la violence des convulsions, dont il était menacé, le malade se couchait à la hâte sur son lit, se faisait lier bras et jambes, et attendait la crise convulsive. Quelquefois celle-ci échouait, et le malaise se dissipait graduellement ; plus souvent elle éclatait avec une violence extrême, au point qu'on avait de la peine à le maintenir, malgré les précautions qu'il avait prises. Souvent il n'avait pas le temps de prendre ces précautions, et par deux fois il est tombé sur le rebord d'un trottoir, contre lequel il s'est fait de larges plaies au front du côté droit. Ces crises étaient accompagnées d'un cri initial, d'écume à la bouche, et de morsures à la langue ; elles se répétaient deux ou trois fois dans le même jour à trois ou quatre heures d'intervalle. Elles étaient souvent suivies d'un délire violent, pendant lequel le malade vociférait contre ceux qui l'approchaient ; ce délire durait de quinze à vingt minutes ; au bout de ce temps, un sommeil profond venait annoncer la fin du paroxysme. En même temps que les accès devenaient plus fréquents, les fonctions intellectuelles du malade s'altéraient de plus en plus ; la mémoire surtout lui faisait presque complétement défaut, il était incapable du moindre travail ; et désespéré de voir sa maladie résister à tous les moyens qu'il avait employés, il était tombé dans un état d'abattement moral des plus profonds.

C'est deux jours après l'une de ces attaques ordinaires qu'il est soumis au bromure de potassium, à *dose progressive*, d'a-

près la méthode indiquée ci-dessous. Ce traitement a amené chez lui immédiatement la cessation complète des attaques ; depuis qu'il le suit, il n'en a pas eu une seule, et il y a de cela cinq mois et demi. Dès le lendemain, il en a ressenti un bien-être général inaccoutumé, dont il osait à peine faire part à sa famille, craignant de se faire illusion, et qui ne s'est pas démenti depuis. Peu à peu toutes ses fonctions se sont rétablies, et il est actuellement dans un état des plus satisfaisants. Ses fonctions digestives sont très-bonnes, et bien qu'il prenne toujours le bromure de potassium, à la dose de 4 à 6 grammes, il n'a jamais eu de gastrite ni de diarrhée. Le pouls est de 70 à 80 ; il n'y a ni exagération ni diminution de la sueur ; les urines sont normales. La sensibilité cutanée est intacte, celle de l'arrière-gorge et des conjonctives est à peine légèrement affaiblie. Du côté des sens génésiques, il éprouve, dit-il, un calme notable, mais il a encore de fréquentes érections. Il a souvent, le soir, en rentrant, une légère tendance au sommeil, mais elle se dissipe facilement dès qu'il se donne un peu d'exercice, parfois il a aussi un peu de courbature, de roideur dans les reins et dans les membres. Les fonctions intellectuelles sont très-notablement améliorées, il rend parfaitement compte de son état ; la mémoire est redevenue presque aussi bonne qu'autrefois, cependant il est encore obligé parfois de chercher ses mots. Mais il éprouve encore de temps en temps, très-irrégulièrement, de légers étourdissements instantanés, quelquefois un léger tremblement dans les paupières, accidents légers auxquels il fait à peine attention.

Sur trois autres malades qu'il a eu occasion d'observer dans sa pratique particulière depuis qu'il emploie ce médicament contre cette névrose, M. Bazin a obtenu un résultat tout aussi avantageux, alors que la maladie avait résisté à différents traitements. Chez l'une de ses malades, âgée de trente et un ans, les attaques convulsives duraient depuis six ans ; elles revenaient principalement la nuit et se répétaient trois ou quatre fois par mois ; de plus, il y avait de temps en temps des vertiges passagers, et vers la fin trois ou quatre absences par jour, caractérisées par une pâleur syncopale et une perte momentanée, mais absolue de conscience. Chez cette malade, sous l'influence du médicament, les attaques convulsives ont disparu d'abord ; plus tard les vertiges, et enfin les absences, et depuis un an elle n'a plus aucun symptôme d'épilepsie. Chez un autre,

âgé de quarante-cinq ans, les attaques convulsives avaient débuté à l'âge de neuf ans, et se répétaient depuis plusieurs mois, tous les huit ou dix jours. Il y a cinq mois qu'il est soumis à l'usage du bromure, et depuis ce moment il n'a pas eu une seule attaque.

M. le docteur Gratiot, médecin à la Ferté-sous-Jouarre, qui a eu recours au bromure, d'après la même méthode en a obtenu les mêmes effets dans deux autres cas, encore récents il est vrai, mais où l'action du médicament n'en est pas moins manifeste. Dans l'un, il est question d'une jeune fille de vingt-six ans, dont les attaques épileptiques duraient aussi depuis l'âge de neuf ans, se répétaient tous les quatre ou cinq jours, et se composaient de deux accès violents, suivis de trois ou quatre plus faibles. Le bromure a été donné il y a quatre mois, et immédiatement il y a eu éloignement des accès qui ne sont revenus que trois fois, et depuis deux mois elle n'en a pas éprouvé. Dans l'autre, il s'agit d'une petite fille de trois ans, dont les attaques convulsives revenaient tous les huit jours et faisaient craindre, par leur intensité, qu'elle ne succombât dans un de ces accès. Il y a deux mois, elle a été soumise au bromure, à une dose progressive d'un et deux grammes; au bout de quinze jours, les accès ont disparu et ne se sont pas montrés depuis. Actuellement, elle prend encore un gramme de bromure dans les vingt-quatre heures ; elle a légèrement maigri, mais sa santé est excellente.

Dans ces différents cas, on administre le médicament de la manière suivante :

Bromure de potassium.	20	grammes.
Eau distillée.	300	—

Deux cuillerées à bouche, représentant 30 grammes, contiennent 2 grammes de bromure. Chez l'adulte, on débute d'emblée par cette dose de deux cuillerées : une le matin et une le soir, une heure avant le repas, que l'on fait prendre dans un peu d'eau sucrée ou dans un peu de vin, et immédiatement après, le malade a soin d'avaler encore un peu de liquide, afin qu'il ne reste autant que possible aucune partie du sel sur les parois de la bouche, où il pourrait avoir une action locale. On augmente ensuite progressivement d'une cuillerée, tous les quatre ou cinq jours, et l'on arrive ainsi jusqu'à huit ou dix cuillerées. On maintient cette dose, qui n'a pas été dépassée

dans les faits précédents, pendant quelques jours ; puis on la diminue progressivement, de la même manière qu'on l'a augmentée. On revient ainsi à quatre cuillerées, à moins que les attaques ne soient légèrement modifiées, auquel cas on maintient le malade aux doses plus élevées, pendant quelque temps, pour ne revenir que plus tard à quatre cuillerées. On continue ensuite à donner le médicament de quatre à six cuillerées, pendant plusieurs mois, même après la cessation de toute attaque. Chez l'enfant, on débute par une dose moitié moindre, qui devrait être encore diminuée si l'on avait affaire à un enfant en bas âge. On augmente ensuite progressivement par demi-cuillerées, à quelques jours d'intervalle, sans aller au delà de quatre cuillerées ; puis on diminue la dose pour l'augmenter de nouveau et prolonger le traitement comme chez l'adulte. (*Gaz. des hôpit.*, nº 35.)

Chez une fille de vingt-quatre ans, d'une excellente santé jusqu'à dix-huit, parfaitement réglée sans accidents de chorée ni d'épilepsie, un premier accès eut lieu, à la suite d'une vive frayeur. Parents vivants et bien portants ; deux frères se sont suicidés sans motifs ; une sœur éprouve quelques accidents nerveux, insomnie avec agitation. Sa fille est morte à huit ou neuf ans, épileptique et idiote de naissance.

Pendant longtemps il n'y eut que le vertige épileptique sans ou avec perte de connaissance pendant une ou deux minutes, sans que tous les antispasmodiques, l'atropine ni l'oxyde de zinc à dose croissante, en aient amené la cessation. Ces accidents s'éloignèrent avec celui-ci après un an d'usage, et il n'en était pas apparu depuis huit mois, mais les règles s'étaient supprimées depuis six, la malade avait maigri, peau d'un jaune paille, muqueuses décolorées, palpitations, bouffissure, inappétence, brisements des membres, céphalalgie au sommet de la tête, affaiblissement de la vue, météorisme et douleurs du ventre. Pouls mou, petit, dépressible, peau froide. Il y avait évidemment une intoxication par le sel de zinc. Le traitement consista en purgatifs doux, toniques, ayant le quinquina pour base, et plus tard ferrugineux associés aux amers. Après six semaines, la malade revint à sa santé primitive, et les règles reparurent, mais en même temps reparurent les accès, avec le cachet de l'épilepsie vraie. Cri initial, chutes, mouvements, écume aux lèvres, morsure de la langue, urines involontaires, etc. Ici commencent les accidents ; écrasement du nez,

fractures des dents, brûlures profondes et graves des mains. Les époques menstruelles avaient une action bien marquée sur le retour des accès. Malgré la poudre de racine d'armoise à haute dose, employée pendant plusieurs mois, les accès se rapprochent, un par semaine, survenant le plus souvent la nuit, la malade étant couchée. A un mois de distance, deux luxations de l'épaule droite se produisirent pendant des accès. C'est alors que, se fondant sur le tempérament de la malade et la coïncidence de l'époque menstruelle avec le retour des accès, le docteur L. Demeurat tenta l'emploi du bromure de potassium le 21 août 1863, à la dose de 1^{gr},50. Le 28 septembre il y eut un accès; à la fin de novembre, un second. La dose fut élevée à 2 grammes, et, depuis lors jusqu'au 1er août 1865, c'est-à-dire depuis vingt mois, il n'y en a pas eu d'autre. Les règles viennent régulièrement; il y a de l'embonpoint et une bonne coloration de la face, des téguments et des muqueuses. La jeune fille est gaie, moral excellent; digestions excellentes; ni palpitations ni céphalalgie. Depuis sept mois, la malade ne prend de bromure que quinze jours avant l'époque menstruelle, toujours à la dose de 2 grammes. (*Gaz. des hôp.*, n° 96.)

Plus que personne, M. Moreau était à même d'en vérifier l'action réelle dans son service d'épileptiques de la Salpêtrière. C'était même son devoir d'expérimenter en présence des succès qui étaient proclamés de part et d'autres. Or, sur 15 épileptiques ou hystéro-épileptiques choisies parmi les plus jeunes et dont l'âge variait de seize à trente ans, chez qui la maladie était la plus récente, le médicament fut donné pendant trois mois à la dose de 50 centigrammes dans les vingt-quatre heures, en trois doses, en augmentant d'autant de huit en huit jours jusqu'à 3 grammes. En voici le résultat :

6 malades n'en ont éprouvé ni bien ni mal, l'épilepsie a continué sans exacerbation ni rémission.

8 ont eu des accès plus fréquents pendant le traitement qu'avant.

Une seule a eu une diminution des accès remplacés par des vertiges. (*Union méd.*, n° 40.)

Ce résultat est en opposition complète avec quelques faits observés isolément ; mais ce qui en fait la gravité, c'est qu'il contredit l'expérimentation faite dans les mêmes conditions par M. Williams chez 37 aliénés épileptiques de l'asile de Northampton (voy. *Année* 1864). Dans aucun cas cependant

la guérison n'eût lieu; c'est là un point de ressemblance malheureux, mais très-utile à constater. Il n'y a donc pas lieu de compter sur ce remède, pour voir disparaître cette épouvantable névrose.

Employé contre des convulsions épileptiformes chez un jeune homme de dix-neuf ans, manifestement tuberculeux, et que pour cela M. Bazin soupçonna avoir été atteint d'une méningite tuberculeuse dont les convulsions prolongées auraient été le symptôme, ce médicament a paru en diminuer la fréquence et l'intensité, tellement que le malade s'est remis (*Gaz. des hôp.*, n° 37). Mais cette observation n'est pas concluante et ne peut servir que de jalon pour employer ce remède contre des accidents qui sont mortels le plus souvent.

Deux nouveaux cas de son emploi contre l'épilepsie sur des enfants de cinq à six ans, à l'hôpital des Enfants-Malades de Londres, par le docteur Hillier, semblent révéler la mesure exacte du pouvoir antiépileptique de ce médicament. Élevé jusqu'à la dose de 4 à 5 grammes dans les vingt-quatre heures, il fit diminuer rapidement les accès de fréquence et d'intensité sans les faire disparaître (*British med. Journ.*, mai). Après les expérimentations si concluantes de M. Moreau (de Tours), n'est-il pas évident que c'est là un simple modérateur de l'excitabilité nerveuse, comme de nombreux faits le prouvent, sans action spéciale sur l'épilepsie, mais qui a d'autant plus d'action sur cette névrose qu'elle est moins ancienne et moins bien caractérisée ou qu'elle existe chez des sujets plus jeunes, plus faibles et par cela même plus aptes à en ressentir l'influence?

La différence du dosage est toutefois de nature à faire suspendre un jugement défintif sur la valeur antiépileptique de ce médicament.

Sternutatoires. Considérant l'épilepsie comme une anémie du cervelet, M. Laycock recommande l'ammoniaque, le tabac à priser ou un mélange de 5 grammes de poudre d'ellébore blanc uni à 30 grammes de poudre de quinquina dont on prend trois petites pincées par jour pour provoquer des éternuments énergiques, et en agissant ainsi sur la respiration, d'irriter les branches de la cinquième paire, qui se ramifient dans la membrane de Schneider et de modifier ainsi l'état du cervelet.

Mais les faits d'expérimentation ne répondent guère à cette théorie spécieuse. Sept femmes et un homme soumis à cette

expérience n'en ont été impressionnés momentanément que comme avec toute autre médication nouvelle. Les attaques ont diminué les premiers jours et voilà tout. Si l'effet a été plus soutenu chez l'homme, il n'en est pas moins retombé dans son état primitif (*Med. Times*, mai). On ne saurait attribuer une grande valeur à ce moyen renouvelé des anciens.

ÉRECTION. M. Robin donne une nouvelle interprétation de ce phénomène physiologique. Au lieu de l'attribuer à la contraction des faisceaux des fibres musculaires des veines des tissus érectiles, il le rapporte à la réplétion des vaisseaux mêmes de ce tissu. Il la définit ainsi : phénomène de réplétion par un liquide incompressible de cavités, à parois flexibles, mais inextensibles au delà d'un certain degré déterminé autant par leur texture propre que par celle de l'enveloppe fibreuse de chaque organe formé de tissu érectile. Après avoir ainsi augmenté de volume jusqu'à ce degré fixe, celui-ci devient relativement incompressible et inflexible ; de là la rigidité comme celle des ventricules sous l'influence de leur réplétion par du sang lors de la systole des oreillettes et celle du cadavre.

La rigidité n'est, suivant lui, ni active, ni musculaire. L'absence de fibres musculaires dans les trabécules intervasculaires en est la preuve. Ce tissu intervasculaire n'a qu'un rôle de soutien. Il en fait ainsi un phénomène purement physique, analogue à celui de la rougeur de la face survenant sous l'influence vaso-motrice involontaire de certaines impressions visuelles, de contact ou de certaines pensées. Des mouvements réflexes la déterminent aussi, etc. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 12.)

Il serait sans utilité, ce nous semble, de poursuivre plus loin la dissertation du savant physiologiste. Elle nous paraît bien plutôt une exposition des phénomènes en question qu'une démonstration de son mécanisme. C'est dire que ces explications ne nous ont pas convaincu, et que cette nouvelle théorie n'est pas plus satisfaisante que la précédente.

ÉRYSIPÈLE. *Ulcérations duodénales.* Dans deux cas d'érysipèle interne, débutant par la gorge, observés par M. Larcher à l'hôpital Cochin, des ulcérations siégeant à la surface du duodénum furent rencontrées à l'autopsie. Elles occupaient, au nombre de quatre, le pourtour de l'orifice duodénal des conduits cholédoque et pancréatique réunis dans les deux cas, une cinquième

étant rapprochée du pylore seulement. Dans le second, arrondies, larges comme un pois aplati et n'intéressant que la muqueuse, leurs bords n'étaient ni coupés à pic ni renversés ; des taches ecchymotiques existaient autour sous l'apparence d'un pointillé fin en quelques endroits. Les glandes de Brunner ne paraissaient pas avoir augmenté, et le défaut d'examen microscopique n'a pu découvrir si elles étaient le point de départ de l'ulcération.

Des vomissements fréquents, répétés, de matières bilieuses, ont été le seul symptôme appréciable de ces ulcérations duodénales. La gravité en est ainsi décelée, et l'attention pourra être appelée de même à vérifier l'existence de cette lésion et à en rechercher l'origine. (*Arch. de méd.*, décembre 1864.)

Un fait analogue a été observé par le professeur Malherbe, de Nantes, à l'Hôtel-Dieu, sur un homme de vingt-quatre ans, entré le 28 novembre 1864, atteint depuis quatre jours d'un érysipèle de la face. Le gonflement devint extrême avec phlyctènes et excoriations. Le pouls petit, faible, est à 96; nausées, efforts de vomissements répétés, écoulement continu de la salive, appétit nul, soif, langue couverte d'un enduit blanchâtre. Malgré un vomitif, tous les symptômes augmentent d'intensité. Des exsudations diphthéritiques recouvrent les excoriations de la peau, grand abattement des forces.

Le 2 décembre, des coliques violentes apparaissent avec redoublement des vomissements, et malgré l'emploi des purgatifs répétés, le malade succombe à 10 heures du soir.

L'examen de l'abdomen montre l'estomac, le duodénum et le jéjunum hypérémiés notablement ; les valvules conniventes présentent par places un peu de gonflement, deux d'entre elles un peu plus volumineuses et plus rouges, la première à environ 50 à 60 centimètres du pylore, la seconde 1 mètre plus bas, portent chacune une ulcération arrondie ayant au plus 1 centimètre de diamètre à fond grisâtre, sans boursouflement des bords, n'intéressant que l'épaisseur de la muqueuse hypérémiée, partielle dans le reste de l'intestin. (*Journ. de la Soc. academ. de la Loire-Inférieure*, 217e livraison, p. 19.)

Les symptômes gastriques et même les vomissements, qui s'observent si souvent au début de l'érysipèle, ne sauraient être considérés comme un signe spécial de ces ulcérations intestinales. Ce n'est que par leur intensité, leur ténacité et après l'emploi du tartre stibié, toujours indiqué en pareille cir-

constance, que l'on pourrait en craindre le développement. En tout cas l'analogie de cet effet est frappante entre les brûlures étendues et les érysipèles graves qui produisent également ces lésions, comme Dupuytren l'avait signalé, comme Curling et Érichsen l'ont observé, et comme M. Béhier l'a répété de nouveau dans ses *Conférences cliniques.*

Contagion. Sur une note envoyée par M. Blin (de Saint-Quentin) relativement à une série de douze érysipèles, ayant eu pour origine un malade revenant de Paris, où il avait été en rapport avec un élève des hôpitaux atteint de cette maladie, M. Gosselin, rapporteur, dit que, s'il n'est pas inoculable l'érysipèle peut être communiqué par l'exhalation de miasmes volatiles spéciaux, ce qui constitue une contagion admise par plusieurs auteurs modernes. M. Velpeau lui-même ne considère pas ce mode de développement comme impossible. Il y a peut-être des miasmes putrides qui s'introduisent dans les plaies. Si ce mode de transmission, dans un hôpital, peut être attribué à une influence épidémique, il n'en est pas de même dans les faits de M. Blin. C'est ainsi qu'il rappelle celui d'un prêtre ayant un bouton au front, qui vit survenir un érysipèle autour, après avoir confessé un malade qui en était atteint. Le père de ce prêtre, étant venu le voir, en eut un également autour d'un anthrax qu'il avait au cou. Une femme ayant une écorchure à la jambe vit se développer un érysipèle autour en soignant son enfant qui en était affecté.

On ne peut admettre, dans des cas aussi significatifs, le hasard ou de simples coïncidences, malgré tous les faits contraires. M. Gosselin croit que la contagion résulte de conditions individuelles spéciales. Dans l'ignorance de ces conditions, la prudence conseille de se comporter toujours comme si l'érysipèle était contagieux, en favorisant l'aération et prenant toutes les mesures d'hygiène et de précaution possibles.

M. Gibert rappelle qu'il a été atteint, il y a quelques années, d'érysipèle de la face, alors épidémique à l'hôpital Saint-Louis. Madame Gibert, qui le soigna pendant deux nuits, fut atteinte aussitôt; son fils, qui passa une nuit seulement, fut pris à son tour. Il pense donc que tous les praticiens reconnaissent maintenant la nature contagieuse de l'érysipèle.

M. Guérin craint qu'on ne confonde deux termes fort différents. Il faut parler des érysipèles contagieux et non de la con-

tagion de l'érysipèle, c'est-à-dire que l'érysipèle contagieux est une espèce d'une maladie particulière qui prend la forme érysipélateuse, plutôt qu'elle n'est l'érysipèle lui-même. (*Acad. de méd.*, 20 juin.)

De la contagion de l'érysipèle, par Ch. Martin, thèse inaugurale très-intéressante, ayant obtenu une mention honorable au concours annuel de la Faculté de médecine et tendant à prouver la contagion de l'érysipèle traumatique, basée sur les faits observés pendant un an, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gosselin. Elle résume, en outre, les observations de Ch. Wells en Angleterre, qui n'avaient pas encore été traduites, et forme ainsi une série imposante de faits. Néanmoins, il n'est pas possible d'en déduire une conclusion affirmative en faveur de leur contagion ; les influences atmosphériques et épidémiques, la constitution médicale, le froid, l'humidité, paraissent jouer un rôle encore plus probant dans ce cas.

TRAITEMENT. *Corps gras camphrés.* Un nouveau mélange a été ajouté à tous ceux déjà employés dans ce cas par M. Bazin (de Bordeaux) : c'est le cérat camphré selon la formule suivante :

℞	Cérat de Galien.	20 grammes.
	Camphre.	1 à 2 gram.

On en forme une épaisse couche de 1 à 2 millimètres sur les parties malades, que l'on recouvre d'une feuille de ouate. C'est un moyen isolant et sédatif tout à la fois. Il en a obtenu un succès marqué. (*Soc. de méd. de Bordeaux*, nov. 1864.)

Cautérisation. C'est surtout par l'énergie avec laquelle M. Higginbottom l'emploie que ce moyen mérite l'attention. Il fait une solution de 8 grammes de sel lunaire dans 30 grammes d'eau et en barbouille non-seulement la zone rouge, mais encore 5 à 6 centimètres en dehors de sa circonférence. Si l'application en est faite à temps, dit-il, elle prévient les symptômes généraux et l'extension de la phlegmasie cutanée. Deux applications suffisent en général (*British med. Journ.*, janvier). On ne saurait avoir une foi plus vive; reste à apprécier si elle est aussi éclairée.

Un cas mortel a été observé par le docteur Dupuy sur un enfant de trois mois très-lymphatique, au dixième jour de la vaccination. L'érysipèle prit son point de départ dans les pus-

tules vaccinales, et de là s'étendit sur tout le corps. D'où cet enseignement pratique de suspendre les vaccinations en temps d'épidémie d'érysipèle. (*Soc. de méd. de Bordeaux.*)

ÉSÉRINE. Nom donné par MM. Véo et Leven au principe immédiat obtenu de la fève de Calabar et qu'ils considèrent comme son alcaloïde. V. Fève de Calabar.

ÉTIOLOGIE. *Causes morales.* Comme tous les médecins, M. Beau attribue une grande part dans l'étiologie des maladies, les dermatoses en particulier, aux émotions morales vives, aux chagrins profonds. Mais il interprète leur action d'une manière différente ou plutôt peu connue. Pour ce savant médecin, c'est en troublant, en abolissant les fonctions de l'estomac, sur lesquelles les perturbations de l'esprit ont une action directe, que les causes agissent, et c'est à enrayer cet effet primitif, à rétablir les fonctions de l'estomac que le médecin doit s'appliquer pour voir disparaître les affections morbides secondaires, symptomatiques. L'exemple suivant en est la preuve.

Une femme de trente ans, concierge, mariée, bien réglée, n'ayant pas d'antécédents syphilitiques, jouissait d'une santé habituellement bonne, à part de petites plaques de psoriasis siégeant au-dessous des deux genoux. Quelquefois elle avait vu ces dartres s'étendre et se généraliser, mais pour le moment elles étaient réduites à des proportions insignifiantes, lorsque, en octobre dernier, au début d'une période menstruelle, cette femme fut battue par son frère. Frayeur et chagrin s'ensuivirent naturellement, les règles furent supprimées et l'appétit, jusque-là fort bon, disparut. Puis à peine huit jours s'étaient-ils écoulés, qu'une éruption caractérisée par de nombreuses pustules d'ecthyma apparut à la face antérieure des jambes, des cuisses, du dos, de la main gauche, etc.

Rien de plus évident que la liaison, l'enchaînement des faits dans ce cas, et c'est ainsi que l'affection cutanée a persisté deux mois pendant lesquels cette femme est restée exposée à la cause qui avait engendré tout le mal, c'est-à-dire aux mauvais traitements; mais une fois qu'elle est à l'abri de ses craintes, par son admission à l'hôpital de la Charité, le 19 décembre, il suffit à M. Beau, en constatant que l'anorexie est le symptôme dominant, de réveiller l'appétit par les bains de valériane, qu'il a trouvés bien plus efficaces que les bains sulfureux (V. Dys-

PEPSIE) pour voir aussitôt le sommeil reparaître et toutes les fonctions se rétablir, comme aussi l'ecthyma cessa bientôt de se reproduire et disparut sans qu'aucune médication spéciale ait été dirigée contre lui. (*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*, février.)

EXERCICE ILLÉGAL. V. JURISPRUDENCE.

EXOSTOSE. Un exemple en a été présenté par M. Broca à la Société de chirurgie, provenant d'un jeune homme de dix-neuf ans qui en était atteint depuis une dizaine d'années. Revêtue, coiffée d'un kyste synovial qui en obscurcissait le diagnostic, elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme, de la consistance demi-dure et fluctuante de certains lipomes. Son pédicule était au niveau de l'anneau du troisième adducteur. Le voisinage de l'artère fémorale rendit l'extraction laborieuse. Les parois du kyste étaient épaissies et doublées de végétations fibrineuses comme dans certaines hématocèles anciennes et renfermaient un litre environ de sérosité sanguinolente. La tumeur osseuse n'avait guère que le volume d'un petit œuf de poule adhérent au fémur par un pédicule.

Exostose de croissance. Tel est le nom donné par M. Broca à ces tumeurs dont M. Soulié, son élève, a traité dans sa thèse inaugurale soutenue en 1864. Une déviation du travail d'accroissement en est l'origine, et c'est particulièrement le tissu chondroïde qui leur donne naissance. Elles ont constamment leur siége au niveau du cartilage épiphysaire et sont souvent symétriques. On les rencontre plutôt en dedans ou en dehors des membres qu'en avant ou en arrière sans doute à cause de tendons qui s'opposent à leur développement dans ce sens. Par le travail d'ossification, elles semblent remonter et permettent ainsi de juger de l'époque probable de leur formation par la hauteur à laquelle on les trouve. (*Soc. de chir.*, mai.)

EXUTOIRES. Suivant le docteur Peyreigne, les feuilles de laurier, enveloppées entre deux linges, sont très-employées avec succès dans le Midi pour faire suppurer les plaies. Elles excitent et entretiennent la suppuration surtout dans les panaris. (*Journ. de méd.* Toulouse, févr.). M. Julia a déjà préconisé ce mode de pansement il y a peu d'années. On peut donc en user comme on le fait des feuilles de lierre sur les vésicatoires,

F

FALSIFICATIONS. Kirsch. De l'aveu même des distillateurs de l'arrondissement de Grasse, ils préparent des eaux distillées de laurier-cerise qu'ils vendent plus particulièrement aux liquoristes pour l'employer à la fabrication d'un kirsch qui est ainsi substitué à celui préparé avec les cerises noires. C'est ainsi que plusieurs cas d'accidents graves sont survenus à un grand nombre de soldats et d'autres personnes après avoir bu deux et même un seul petit verre de ce kirsch. Il n'y a pas lieu d'en être étonné à la quantité d'acide cyanhydrique qu'il contient. Tandis que la proportion varie de 3 à 10 milligrammes seulement pour 100 grammes de la liqueur loyalement préparée, l'analyse faite par M. Boudet, a donné 22 milligrammes dans le kirsch préparé à l'eau de laurier-cerise seule avec l'alcool.

L'odeur vive de cette liqueur et la saveur très-prononcée de l'eau de laurier-cerise sont les caractères propres à distinguer cette fraude. On peut d'ailleurs la constater par l'excellent procédé de M. Buignet, avec l'ammoniaque et une dissolution titrée de sulfate de cuivre. (*Journ. de pharm. et de chimie*, janvier.)

FERMENTS. Voy. INOCULATION.

Ferment de l'urine. Voy. NÉFROZYMASE.

FÈVE DE CALABAR. Par une nouvelle analyse de ce nouveau médicament, MM. Vée et Leven ont obtenu un principe immédiat qu'ils considèrent comme son véritable alcaloïde, et auquel ils ont donné le nom d'*ésérine*. C'est la *physostigmine* des chimistes Jobst et Hesse. Mais le procédé d'extraction diffère sensiblement.

L'*ésérine* est solide, cristallisable, douée d'une saveur très-faiblement amère qui ne se développe que lentement. Elle est soluble dans l'éther, l'alcool, le chloroforme, fort peu dans l'eau à laquelle elle communique cependant une réaction franchement alcaline. Les cristaux sont des lamelles très-minces,

de forme rhomboïque, parfaitement régulière ou altérée par des modifications sur les angles obtus, se colorant dans la lumière polarisée. Les acides dissolvent facilement l'ésérine et les dissolutions ainsi obtenues précipitent par les réactifs généraux des alcaloïdes. Chauffée sur une lame de platine, elle fond, répand d'abondantes vapeurs blanches et brûle sans résidu. Ses sels sont presque tous solubles. L'ésérine en dissolution agit promptement sur la pupille. Une seule goutte d'une dissolution au millième, introduite dans l'œil, suffit pour prévenir une contraction excessive et permanente. (*Soc. de biol.* et *Gaz. méd.*, n° 51, 1864.)

Recherches chimiques et physiologiques sur la fève de Calabar ; thèse inaugurale par M. A. Vée, Paris, ayant obtenu le second premier prix de la Faculté, en raison de la précision des détails et de la valeur des résultats.

Pharmacologie. L'insolubilité dans l'eau distillée du principe actif de ce puissant antidote de l'atropine, était jusqu'ici un obstacle majeur à son emploi en ophthalmologie. M. P. Blondeau, pharmacien distingué, s'est appliqué à vaincre cette difficulté. Remarquant que la *calabarine*, la *physostygmine* ou l'*ésérine*, comme on voudra l'appeler, se dissolvait parfaitement dans les larmes, il a cherché à composer un liquide analogue. Or, les larmes verdissant le sirop de violette, ce qui indique leur alcalinité due à une faible quantité de chlorure de sodium, ce véhicule devait donc être alcalin. Il a ainsi uni l'ésérine à l'ammoniaque et ce liquide s'est montré complétement soluble dans l'eau. Seulement pour l'employer en collyre et éviter l'action irritante de l'ammoniaque, il faut laisser la solution débouchée à l'air libre, l'ammoniaque excédant s'évapore et il n'en reste que la quantité voulue pour tenir la physostygmine à l'état de composé soluble.

On obtient alors un collyre parfait, dit M. Ozanam, à la dose de 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau, il est parfaitement commode et efficace pour obtenir la contraction de la pupille, ainsi que je m'en suis assuré sur plusieurs malades. Il a aussi obtenu une solution de la calabarine avec de l'eau légèrement additionnée de chlorure de sodium. Cette préparation peut donc être également utilisée en collyre. (*Revue de thérap. méd.-chir.*, n° 13.)

En constatant que cinq à dix gouttes de teinture, injectées

dans la jugulaire ou sous la peau du lapin, ne font que paralyser momentanément le train postérieur, et qu'après deux ou trois heures tout accident a disparu, M. de Mello, doyen de la Faculté de médecine de Coïmbre, conclut que ce poison est moins violent que le curare, la strychnine, même la narcéïne et la morphine, et qu'il pourrait être employé avec avantage dans l'épilepsie et le tétanos. (*Soc. de biologie.*)

Ces expérimentations ont déjà eu lieu avec des résultats contradictoires, et sans un bienfait assuré pour la thérapeutique.

FIÈVRES. Fièvres symptomatiques. TRAITEMENT. Si la digitaline occupe aujourd'hui une large place en toxicologie, la digitale ne s'étend pas moins en thérapeutique. Son action sédative sur la circulation a paru une indication contre les fièvres inflammatoires où le cœur est vivement surexcité. C'est ainsi qu'en Allemagne on en a fait un régulateur du pouls dans la fièvre typhoïde. On en a de même étendu l'emploi à la pneumonie, la pleurésie, le rhumatisme, la péricardite, et c'est ainsi que le professeur Hirtz (de Strasbourg) a obtenu des succès remarquables dont un de ses élèves, M. Coblentz, s'est fait l'interprète dans sa thèse inaugurale: *De la digitale comme agent antipyrétique.* Séparant comme plusieurs pathologistes le font aujourd'hui, la fièvre d'invasion prodromique, d'une phlegmasie, de l'inflammation elle-même, et admettant que *parfois* la fièvre est primitive et l'inflammation locale secondaire, il en conclut qu'il y a toujours utilité à agir contre cet élément fébrile qui complique et tend à étendre le processus inflammatoire. On sait d'ailleurs, par des expériences physiologiques, que la digitale est un névrosthénique qui, en ralentissant la circulation, abaisse la température et agit ainsi secondairement comme un antiphlogistique.

Douze observations de maladies aiguës montrent que ces deux facteurs de la fièvre, le pouls et la caloricité, ont été modifiés puissamment par la digitale. Une défervescence a lieu rapidement qui indique d'en suspendre l'emploi. Des vomissements bilieux, lorsqu'ils se produisent, doivent aussi en faire cesser l'usage. On observe alors la constipation sans diurèse.

Le succès a été tel dans ces faits, que M. Coblentz préfère de beaucoup la digitale à la saignée et au tartre stibié; il voudrait en voir étendre l'usage à tout appareil fébrile prononcé : l'érysipèle grave, la fièvre typhoïde à forme inflammatoire, les

fièvres éruptives avec prédominance de la fièvre, la fièvre puerpérale, etc., etc.

La préparation employée à l'hôpital de Strasbourg est l'infusion dont la dose varie de 50 centigrammes à 1 gramme.

On fait infuser dans 100 à 120 grammes d'eau, et l'on ajoute 20 grammes de sirop d'écorces d'oranges. On donne une cuillerée à bouche toutes les deux heures (*Bull. de thérap.*, n° 7.)

Pour plus de sécurité, nous croyons qu'il convient de faire préparer séparément la dose de feuilles de digitale en paquets.

Fièvre typhoïde. Étiologie. Persistant dans ses louables recherches sur l'influence géologique ou la nature des terrains sur le développement de certaines maladies de l'homme et des animaux, comme il l'a fait l'an passé pour la pustule maligne, le savant directeur de l'école d'Alfort, M. Magne, en étudiant les rapports de la commission académique, quant aux épidémies de fièvres typhoïdes, est arrivé à conclure de ces documents et de ses propres observations dans le département de Saône-et-Loire, qu'elles sévissent surtout dans les pays dont le sol est constitué par des terrains modernes. Voici l'expression numérique de cette proposition :

Si, eu égard à l'étendue du pays, les chances d'avoir une invasion de fièvre typhoïde sont représentées par le nombre 100 dans les terrains modernes, elles sont de 59 dans les arrondissements mixtes et de 49 dans les terrains anciens ; eu égard à la population, si elles sont de 100 dans les terrains modernes, elles sont de 59 dans les arrondissements mixtes et de 43 dans les terrains anciens.

Il y a dans cette étude des horizons nouveaux et peut-être de grandes découvertes à faire. C'est un filon à suivre et à exploiter. Les naturalistes n'ont pas hésité à établir la relation de cause à effet entre la nature des terrains et les êtres organisés qu'ils nourrissent. Les pathologistes ne sont-ils pas autorisés à admettre ces mêmes relations lorsqu'ils voient que le sang de rate des herbivores, la fièvre typhoïde épidémique, se montrent ici souvent et sur de larges surfaces, là de loin en loin et sur de petits espaces, ailleurs presque jamais, selon que certains terrains abondent, sont peu étendus ou manquent complétement. (*Acad. de méd.*, octobre.)

La matière saburrale abondante qui se forme dans la bouche

pendant la fièvre typhoïde, se corrompant au passage incessant de l'air, devenant brune, noire, fuligineuse, attirant les parasites et laissant dégager des émanations fétides, semble à M. Netter constituer un foyer de putréfaction d'autant plus dangereux que, placé immédiatement au devant des conduits aériens, chaque inspiration introduit ainsi de la matière putride dans les poumons. Plusieurs faits qu'il relate paraissent donner un rôle considérable à cette source d'infection dans les phénomènes putrides et démontrer l'heureuse influence des gargarismes acidulés fréquemment répétés pour la neutraliser. (*Acad. des sciences* et *Gaz. de Strasb.*, février.)

Dysphagie. Complication nerveuse observée par M. Kennedy, médecin de l'hôpital de Cork street, de Dublin, et dont il distingue deux formes essentiellement différentes. L'une, toute locale et transitoire, insignifiante, débute brusquement dans la première période et vers le milieu de la maladie, analogue à ces troubles de l'innervation qui font contracter ou paralyser les extrémités, qui empêchent la malade d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, de vider la vessie, etc. La déglutition peut être troublée de même passagèrement.

L'autre apparaît toujours plus tardivement, rarement avant le huitième jour. Son début est si peu marqué, qu'elle passe facilement inaperçue, mais elle s'aggrave progressivement et est déjà très-intense après vingt-quatre heures, et telle est sa différence avec la première que l'aggravation continue ordinairement jusqu'au terme fatal. Tels en sont les caractères différentiels. Celle-ci est donc un signe très-important au point de vue du pronostic. Dans plus d'un cas douteux, il a suffi à M. Kennedy pour fixer son opinion à cet égard. Il ne faut donc pas négliger de faire boire les malades dans les cas douteux, car bien que cette dysphagie varie d'intensité d'un instant à l'autre, elle ne perd pas sa signification pronostique grave. (*Dublin med. Press.*, février.)

Il est à regretter que l'auteur ne dise pas si ce trouble nerveux coïncide avec d'autres, avec la forme adynamique, par exemple, et s'il n'est ainsi qu'une expression ajoutée à plusieurs autres de la gravité de la maladie.

Altérations musculaires. Comme on l'a observé dans la fièvre puerpérale, la morve et l'infection purulente, M. Dauvé, médecin-major, a rencontré la myosite dans trois cas de fièvre

typhoïde mortelle, chez de jeunes soldats du 34e de ligne arrivés depuis deux à trois mois en Algérie, et soumis à des marches forcées, des fatigues excessives dans des circonstances exceptionnellement fâcheuses. Évacués du camp d'Aïn-Ounera, ils furent admis et observés à l'hôpital du Boghar. Une complication si grave et si remarquable, non signalée dans les ouvrages les plus récents sur ce sujet, mérite, en raison même de ce silence, d'être citée, ne serait-ce que comme une rare exception. Voici le résumé de ces observations :

I. Lecouillard, vingt-trois ans, entré le 31 décembre 1864, au huitième jour d'une fièvre typhoïde à forme adynamique. Elle suit un cours naturel jusqu'au 15 janvier, et déjà un mieux se manifestait, quand le 17 des vomissements verdâtres surviennent ; le pouls s'élève. et l'on découvre bientôt un gonflement énorme de toute la moitié supérieure et interne de la cuisse droite. Une fluctuation très-profonde ne tarde pas à apparaître, et une incision découvre en effet une vaste collection, sous l'aponévrose du vaste interne, qui donne 1 litre environ de liquide brun, noirâtre, mélangé de sanie purulente et de caillots noirs énormes. L'opéré meurt subitement le lendemain.

A l'autopsie, qui permet de constater les caractères anatomopathologiques spéciaux de la dothiénentérie avec rate doublée de volume, foie énorme, on découvre, en agrandissant l'incision de la cuisse, que les parois du foyer, qui peut contenir le poing, sont formés par la cloison aponévrotique du vaste interne, laquelle adhère intimement aux loges des muscles environnants. Le fémur n'est recouvert que par un peu de bouillie noirâtre, derniers vestiges des fibres musculaires suppurées. L'inflammation ne s'étend pas à plus de 2 centimètres en bas, mais elle occupe toute la portion supérieure du muscle malade. On trouve là tous les degrés de la myosite : hypérémie du tissu cellulaire intra-fibrillaire, décoloration et friabilité des fibres musculaires entourées d'un exsudat rouge sombre, vaisseaux sanguins rompus, foyers hémorrhagiques, caillots noirâtres, mous et défibrinés, pus jaune rougeâtre, tantôt disséminé, tantôt réuni en petits abcès. Nulle part ne se trouve le pus jaune et bien lié des suppurations du tissu cellulaire; les points jaunâtres non encore liquéfiés, représentent les diverses transformations de la dégénérescence graisseuse des fibres

musculaires. La lésion cesse un peu au-dessous du niveau d
grand trochanter. Les régions fessière et inguinale ni le bassi
n'offrent aucune inflammation de voisinage.

On doit noter que, dans ce cas, aucune contusion ni ruptur
sous-cutanée, ni fatigue musculaire ne pouvaient expliquer le
lésions constatées.

II. Claudin, vingt-quatre ans, entre le 13 janvier 1865 a
dixième jour d'une fièvre typhoïde à forme ataxique, qui v
sans cesse en s'aggravant jusqu'au 29 où la mort survient.

Sans avoir jamais éprouvé de douleur en aucun point d
ventre, ce malade, quatre jours avant sa mort, accusa un pe
de douleur à la région hypogastrique. Il existait une légèr
saillie à la partie inférieure des muscles droits. L'autopsie l
montra sensiblement épaissie sans altération de la peau correspondante, ni changement de coloration de la paroi péritonéal
sous-jacente. L'incision de la gaîne des deux muscles droits l
montre distendue dans son tiers inférieur par des caillots noirâtres ayant dissocié, ramolli et même détruit en certains point
les fibres musculaires. Quelques fibrilles paraissent plus pâle
lorsqu'on les dépouille de leur enveloppe noirâtre. Il n'y
aucun signe de dégénérescence graisseuse ni de trace de globules purulents.

Si, dans ce fait, l'inflammation ne s'est pas montrée comm
dans le précédent, rien n'annonce qu'elle ne se serait pas déclaré
plus tard. C'est donc là au moins un exemple d'apoplexie musculaire, identique par le siége avec celui rencontré par M. Cruveilhier, et qui mérite d'en être rapproché.

III. Wœlckel, vingt-deux ans, entre le 28 février, aprè
25 jours de maladie, à l'ambulance dans l'état le plus grav
d'une fièvre typhoïde à forme adynamique. Il ne sort de so
état de somnolence habituel que pour demander le vase e
rendre fréquemment des matières noires et fétides sans cause
de douleur. Il n'a pas d'eschares au sacrum ni d'abcès externes. Mort le 5 mars.

A l'autopsie, qui confirme le diagnostic, on trouve, en préparant les muscles du bassin et les aponévroses du périnée, de
lésions musculaires identiques avec les deux exemples précédents. L'apoplexie sanguine occupe des deux côtés les obturateur
internes, pyramidal, jumeaux et releveur de l'anus. Dans tout
sa portion pelvienne, l'obturateur interne droit est réduit e

ne bouillie noirâtre, qui s'écoule à l'incision de son aponé-rose. Elle est mélangée de sanie purulente, des globules pu-ulents s'y voient facilement. Dans la portion extra-pelvienne, es fibres de l'obturateur sont dissociées, quoique apparentes, t ne sont saniées que près de leur insertion trochantérienne. a lésion diminue également d'intensité dans le pyramidal, es gouttières du sacrum au grand trochanter. Le releveur de anus a laissé transsuder à travers sa lame celluleuse inférieure liquide noirâtre qui a communiqué cette teinte à tout le ssu graisseux de la cavité ischio-rectale qui ne renferme pas caillots ; le muscle obturateur interne droit contenait seul la sanie purulente, les autres ne renfermaient que des illots plus ou moins noirs et plus ou moins diffluents. L'apo-exie était moins prononcée sur les muscles du côté gauche.

On trouve réunies ici les lésions rencontrées dans les deux itres cas. Rien n'avait pu les faire soupçonner pendant la e.

Ces trois malades n'ont présenté aucun symptôme de scor-ut ; et comme ce sont les seuls cas où l'auteur ait eu à pra-quer l'autopsie, ces lésions identiques ne sont donc pas ex-ptionnelles. Aussi est-il disposé à les attribuer aux circons-nces antihygiéniques, insalubres du camp, comme l'abaisse-ent de la température, le froid humide et les soins incomplets onnés sous la tente. Les lésions musculaires dans les régions éclives seraient ainsi un des symptômes ultimes de la fièvre phoïde des camps. (*Rec. des Mém. de médec. et chir. militaires*, vril.)

Toutes ces suppositions étiologiques paraissent sans fonde-ent ; l'ignorance des travaux et des faits produits sur ce sujet l'étranger peut seule les autoriser, car ces travaux démon-ent que c'est là une complication fréquente et très-bien cons-tée de la fièvre typhoïde. Il est vrai que ces lésions muscu-ires remarquables sont signalées comme telles pour la première is en France. Malgré la place considérable accordée à l'ana-mie pathologique dans l'ouvrage de M. Louis sur ce sujet, dit, au contraire, que les muscles volontaires ne sont nullement térés dans la fièvre typhoïde. Mais il n'en est pas de même delà du Rhin. Rokitansky le premier a signalé une rupture muscle droit de l'abdomen et Virchow ayant observé 4 cas mblables, a consacré, dès 1857, un long travail à la pa-ogénie de ces lésions musculaires ; ce sujet n'a cessé d'y

être étudié depuis, notamment par M. Zenker, professeur d'a natomie pathologique à Erlangen qui, ayant observé un très grand nombre de cas de ces lésions dans plusieurs épidémie de typhus survenues à Dresde de 1859 à 1862, leur a consacr un ouvrage spécial sous ce titre : *Ueber die Veraenderungen de willkührlichen Musklen in Typhus abdominalis*. Leipzig.

Il distingue ces dégénérescences musculaires en *granuleus* et *cireuse* d'après les caractères microscopiques qu'elles présen tent et dont il donne la description détaillée. Celle-ci est ain rapportée à la myosite par Virchow, ou à la dégénérescenc colloïde. L'atrophie simple est décrite de même et ces divers lésions sont étudiées d'après leur distribution dans le systèm musculaire. Le groupe des abducteurs en est le siége de pré dilection. Quant à leur fréquence, elle est telle qu'elles ne cèdent guère à celles de l'intestin. Sur 79 autopsies appartena à des phases très-diverses de la fièvre typhoïde, la dégénére cence cireuse a été rencontrée 70 fois, savoir : 49 fois dan plusieurs groupes musculaires et 21 fois dans un groupe un que. Elle existait 36 fois aux degrés les plus avancés dans u ou plusieurs groupes musculaires, 12 fois à un degré moye et 22 avec des altérations peu avancées.

Cette forme de dégénérescence n'a donc fait défaut que dan 9 cas ; et encore, dans 4, il y avait une dégénérescence granu leuse avancée et légère dans 4 autres. Un seul fait négatif s rapportait à un cas où les ulcérations intestinales étaient dou teuses elles-mêmes.

Ces lésions ont été rencontrées dans plusieurs cas de mort subi par une complication quelconque de la fièvre typhoïde. Ell ne sont donc pas spéciales aux cas graves, non plus qu'à ce taine forme de cette pyrexie, car on en a constaté les symptôm dans tous les cas. Elles paraissent appartenir à son évoluti normale. On en suit ainsi la marche, et dès la deuxième semain ces dégénérescences paraissent à leur apogée. Elles se dévelo pent donc avec la fièvre même.

Les plus importantes complications de ces dégénérescenc sont les ruptures des muscles atteints et les hémorrhagies q les accompagnent ; lésions qui ont amené la découverte d dégénérescences qui les produisent. C'est ainsi que Vircho les désigna sous le nom d'*hématome des muscles*. Bien que pl fréquentes dans le muscle droit de l'abdomen, elles ont é rencontrées dans le psoas, dans les muscles de la jambe,

petit pectoral, le sous-scapulaire, le brachial, etc. Elles n'existent le plus souvent que d'un côté, et la description anatomique qu'en donne le docteur Zenker est en tous points ressemblante avec les faits précédents et montre leur complète similitude. Il n'y a donc là rien de nouveau comme on peut s'en convaincre d'après la traduction que donnent de ce travail, les *Archives générales de médecine*, août et septembre. On a rencontré aussi ces lésions dans l'endocardite ulcéreuse. *Voy. ce mot.*

Une rupture musculaire a été rencontrée par M. le docteur B. Ball chez un homme de trente-cinq ans, mort le 24 janvier dernier d'une fièvre typhoïde dans le service de M. Piorry.

Le muscle droit de l'abdomen du côté gauche présentait, vers le milieu de sa longueur, une solution de continuité presque complète. Les faisceaux musculaires rompus se terminaient par des prolongements mousses et arrondis, placés très-irrégulièrement les uns en regard des autres. L'intervalle entre leurs extrémités était sur certains points de 2 centimètres environ ; il en résultait une perte de substance qui laissait un vide dans la gaîne aponévrotique du muscle. A sa partie antérieure et externe, la continuité des faisceaux n'était pas interrompue : la rupture était incomplète. Une ecchymose considérable existait sur ce point, et l'on trouvait même du sang librement épanché dans la gaîne musculaire.

Examinées au microscope, les extrémités des faisceaux interrompus présentaient une structure granuleuse et se trouvaient infiltrées d'une quantité considérable de globules graisseux. Les stries transversales avaient cessé d'exister dans une étendue de quelques millimètres. Plus loin, le muscle reprenait sa structure normale.

Quelques déchirures analogues, mais beaucoup moins étendues, se trouvaient sur le trajet du muscle opposé. Les mêmes lésions ont été constatées au microscope. (*Soc. de biologie.*)

Traitement. D'après sa doctrine signalée plus haut que la fétidité de l'haleine est la cause des phénomènes septicohémiques, voici la formule précise de celui que M. Netter oppose dans les conditions suivantes :

Après avoir passé par tous les prodromes ordinaires, dit-il, une personne offre, le sixième jour, de la fièvre, de l'anxiété, de la stupeur, du délire pendant la nuit, de la diarrhée, une langue fortement chargée de saburres ou bien rouge et sèche,

mais non encore livide, de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite, des bruits sibilants, des taches lenticulaires. — On applique alors sur la fosse iliaque six ventouses scarifiées, le lendemain on donne une bouteille d'eau de Sedlitz, mais en même temps et dès le premier jour de l'examen, on fait toutes les demi-heures gargariser les malades et on les force à se laver la bouche et les narines avec la solution suivante : décoction d'orge 200 grammes, vinaigre 25 grammes, mellite 30 grammes. Que l'on use ainsi deux, trois, quatre gargarismes dans les vingt-quatre heures, et qu'on observe, dit-il, et l'on aura cette surprise : que le cas jugé grave au début ne paraîtra plus que bénin, s'il n'avorte immédiatement.

L'expérience est intéressante. D'après le rapport intime existant entre l'état de la langue et l'intensité de la fièvre, l'auteur prétend qu'en tenant *forcément* la langue propre et humide, et en combattant l'élément intestinal dès le début, la fièvre et les autres phénomènes généraux s'apaiseront en montrant que jusqu'ici on a considéré comme accessoire un élément capital. (*Union méd.*, n° 14.)

Ventilation. Fondé sur ce que la période de chaleur est la plus longue dans les pyrexies, le docteur Mac Cormac laisse ouvertes jour et nuit et en toute saison les croisées de la chambre des malades atteints d'affections fébriles. Suivant lui la mortalité élevée dans les hôpitaux résulterait du défaut de cette mesure. (*British med. Journ.*, juin.)

Digitale. M. Thore rapporte une observation de fièvre typhoïde chez un ivrogne débutant par un accès de *delirium tremens* auquel il était sujet. En pareil cas, le meilleur moyen de diagnostic est l'examen de l'urine qui est toujours albumineuse dans la fièvre typhoïde. La teinture de digitale à haute dose est aujourd'hui le plus sûr moyen de combattre cette complication. (V. année 1864.)

Son emploi est d'autant mieux indiqué que M. Loederic aussi vante la digitale contre la fièvre typhoïde, mais c'e principalement pour combattre l'élément fébrile qui lui semb le phénomène capital et le plus dangereux. Deux à trois potio avec 75 centigrammes de poudre de digitale infusés da 100 grammes d'eau et données par cuillerées à bouche tout les deux heures ont produit chaque fois, dit-il, la défervescen

fébrile du deuxième au troisième jour. (*Gaz. méd. de Strasb.*, janvier.)

Sur 184 cas traités depuis dix-huit ans et ayant pour critérium de leur gravité et de leur intensité une durée d'au moins vingt et un jours, M. Fontan déclare qu'il n'en a pas perdu un seul à l'aide du traitement suivant :

Les trois premiers jours, la fièvre n'étant pas bien caractérisée, des boissons tièdes sont seulement administrées, mais le quatrième, si les symptômes typhoïdes se manifestent, on commence à donner, cinq à six fois par jour, 2 ou 3 cuillerées à bouche de bouillon. On fait prendre simultanément trois fois de suite, en mettant un jour d'intervalle, 50 centigrammes de calomel à un adulte. le soir, et le lendemain matin 30 grammes d'huile de ricin. De l'eau de Seltz et de la limonade froide sont données le jour intermédiaire. Des lavements d'eau froide, des compresses froides sur le ventre, des sinapismes promenés sur le corps, une ventilation active complètent le traitement de cette première période.

Du dixième au douzième jour, on reprend l'usage des purgatifs, soit un verre d'eau de Sedlitz tous les deux jours, trois fois de suite avec de l'eau de Seltz pour boisson le jour intermédiaire. Aussitôt après, il accorde des potages, du lait, des côtelettes. Vers le quinzième jour, il ajoute 3 cuillerées de vin de quinquina par jour, et fait lever le malade dès qu'il peut se tenir hors du lit. Jamais, dit-il, je ne fais la médecine des symptômes quelles que soient les complications, si ce ne sont une potion camphrée et un lavement au musc lorsqu'il survient du délire ou des accidents nerveux. (*Soc. de méd. de Bord.*, 29 mai.)

Comme on l'a fait observer, ce traitement ressemble à beaucoup d'autres, celui des purgatifs répétés, celui de l'alimentation persistante, mais il n'est ni l'un ni l'autre. Plusieurs objections s'élèvent pourtant contre lui : c'est qu'il est appliqué sans qu'il y soit changé un iota, quelles que soient les différences des cas. C'est là l'argument par excellence que l'on puisse lui faire. D'ailleurs, la méthode employée par M. Fontan pour compter ses succès est fort commode, car dès que le malade succombe avant le vingt et unième jour, il ne l'enregistre pas sans doute, et l'on sait que dans les cas graves la mort survient ordinairement avant ce délai. On ne saurait donc attacher une grande importance à sa médication spéciale.

État typhoïde. Après dix-huit ans d'observation, M. Guérard, le profond clinicien de l'Hôtel-Dieu, admet que l'ensemble des symptômes typhoïdes, constituant la forme grave ou maligne de certaines maladies, est dû à une fièvre d'origine miasmatique, affectant le type rémittent commun dans les cas légers, et le type rémittent pernicieux dans les cas graves, état qui vient compliquer ces maladies et dont on peut triompher par le sulfate de quinine. Cette doctrine se trouve contenue dans les propositions suivantes :

1° Les symptômes qualifiés de *graves*, *malins*, *ataxiques*, *adynamiques*, *putrides*, *typhoïdes*, etc., appartiennent à une maladie spéciale dont la marche et le développement peuvent, comme cela a lieu pour les *fièvres paludéennes*, être enrayés par l'emploi du *sulfate de quinine ;*

2° Cette maladie peut exister seule et indépendamment de toute localisation ;

3° Elle peut, au contraire, donner lieu à des congestions viscérales ; le plus ordinairement, le poumon, le foie, le cerveau, la rate, sont le siége de ces congestions ;

4° Elle apparaît souvent dans le cours d'autres affections aiguës ou chroniques, dont elle modifie la marche, change la physionomie et augmente la gravité ;

5° Dans ce dernier cas, le sulfate de quinine convenablement administré neutralise les effets de cette complication, en enraye les progrès et ramène l'autre maladie à son premier état de simplicité ;

6° A son plus haut degré d'intensité, cette maladie, abandonnée à elle-même, peut amener la mort, avant de s'être localisée, et ne laisser d'autres traces de son passage que la liquéfaction du sang et des congestions passives dans les principaux viscères ;

7° Mais, lorsque les localisations viscérales ont eu le temps de se produire, elles arrivent très-rapidement à la suppuration ;

8° L'administration tardive du sel fébrifuge peut être suivie d'une amélioration apparente et de courte durée ; mais les accidents ne tardent pas à reparaître et amènent bientôt la terminaison fatale ;

9° Dans les cas légers de l'affection dont nous nous occupons, la guérison peut avoir lieu sans qu'on ait besoin de recourir au sulfate de quinine ;

10° Dans ces cas, les évacuants qui sont, d'ailleurs, indi-

qués par le trouble des fonctions digestives, concourent puissamment au rétablissement de la santé. (*Acad. de méd.*, août.)

S'il est vrai que l'étude de l'intermittence soit faite aujourd'hui dans toutes les maladies comme épiphénomène pour lui opposer son spécifique, il n'en faut pas moins reconnaître l'originalité de la théorie précédente, assise sur de nouvelles bases. —C'est donc à étudier si ces bases sont réelles et ne manquent pas un peu de précision que les praticiens doivent s'appliquer.

Fièvre récurrente. Voy. ÉPIDÉMIES.

Fièvres pernicieuses. L'engorgement splénique étant le caractère anatomique de l'intermittence, la douleur en résultant dans cette région devient, dans certains cas d'accès pernicieux obscurs, un signe précieux pour le praticien qui n'en a pas observé tous les antécédents, ou dont le jugement est faussé, égaré par la prédominance de certains symptômes, comme dans la forme comateuse, par exemple. C'est ce que M. le docteur Meilhac (d'Argentat) montre à nouveau par six exemples bien choisis (*Gaz. des hôp.*, n° 44). Rechercher l'existence de ce signe est donc indispensable toutes les fois que l'esprit et l'observation ne sont pas parfaitement d'accord sur la nature du diagnostic de ces cas graves, survenus tout à coup et dont l'étiologie est obscure.

Fièvre intermittente. Elle diffère en plusieurs manières, au Mexique, d'après M. Morel, de celle qu'on observe en Algérie et en France, où elle est endémique. Le frisson est plus long et plus accentué, les symptômes gastriques plus fréquents, les stades se modifient et se transforment même par les récidives. Elle se complique de névroses diverses par la chronicité. La solution arsénicale réussit mieux dans cet état que le sulfate de quinine. (*Rec. de mémoires de méd. et chir. milit.*, janvier.)

Si donc l'agent pathogénique est le même dans les *terres chaudes* qu'ailleurs, il s'y mêle évidemment des causes spéciales pour changer ainsi le type suivant les lieux, parfois même les localités.

De nombreuses récidives s'étant montrées dans la pratique du docteur Augé (de Reuilly), en donnant le sulfate de quinine par la méthode ordinaire, c'est-à-dire après l'accès, sans qu'il pût en accuser la falsification de ce sel, il les attribua à l'inopportunité du moment de son administration. Il est rationnel

que celle-ci ait lieu de telle sorte que le maximum d'action du médicament coïncide avec le début de l'accès. Or, ce maximum étant de huit à neuf heures après l'ingestion, il administre le sulfate de quinine neuf, sept et cinq heures avant l'accès, en trois doses égales de 10 centigrammes seulement qu'il répète pendant cinq jours consécutifs. Quatre exemples de fièvres intermittentes rebelles, récidivées depuis un an, ont été guéries radicalement par cette méthode. Une névralgie faciale a cédé de même en ajoutant 5 milligrammes d'acétate de morphine à chaque dose de l'antipériodique que l'on donne en poudre ou en pilule. Outre que cette méthode est rationnelle, elle a l'avantage de pouvoir donner le médicament à plus faible dose qu'on ne le fait généralement et de prévenir ainsi l'intoxication quinique (*Bull. de thérap.*, n° 9.)

Injections hypodermiques. Confirmant la valeur de ce moyen proposé par le docteur Moore, M. Desvignes a annoncé, à la *Royal med.-chir. Society* de Londres, avoir guéri par ce moyen plusieurs centaines de cas de fièvres intermittentes en Toscane, qui avaient résisté au sulfate de quinine et à l'arsenic administrés par l'estomac. Une solution acidulée de 7 centigrammes de sulfate de quinine dans quatorze gouttes d'eau lui a servi à cet effet.

Un membre ayant dit que l'inoculation avec une aiguille canelée, chargée d'un fluide plus concentré remplacerait avantageusement l'emploi de la seringue, M. Diday en prend occasion pour recommander l'instrument vaccinateur de M. Chassagny (de Lyon) à cet effet. Il s'en est servi pour l'introduction des sels mercuriels contre la syphilis, et il déclare qu'il est moins désagréable de s'inoculer ainsi *que d'avaler une pilule* (*Gaz. de Lyon*). —A ce compte, ce sera bientôt un jeu de se guérir soi-même de la fièvre intermittente ; il n'y aura qu'a faire constater que l'on en est atteint.

C'est ordinairement à la dose de 10 centigrammes seulement que M. Pihan-Dufeillay les a employées dans vingt-sept cas, dont une fois sur lui-même. Le sentiment de la piqûre est celle d'une aiguille et une cuisson semblable à celle d'une goutte d'eau vinaigrée ou alcoolisée sur une écorchure récente est tout ce que produit l'injection. Malgré la faiblesse de la dose, il survient de l'amertume du gosier, parfois même des bourdonnements d'oreilles fatigants. Deux à trois injections successives de 10 à 15 centigrammes chacun ont réussi dans des cas

où des doses quatre à cinq fois plus considérables administrées par la bouche avaient échoué ; fait déjà constaté par M. Erlenmeyer. Il y a donc économie réelle et possibilité ainsi d'administrer facilement le quinine aux enfants et aux adultes qui, par préjugé ou susceptibilité gastrique, refusent de le prendre par la bouche.

L'important est d'obtenir une solution parfaite du sulfate de quinine dans la plus petite quantité possible de liquide, après l'avoir mis en pâte avec trois ou quatre gouttes d'eau dans un tube, on ajoute l'eau de Rabel goutte à goutte jusqu'à limpidité parfaite, en ayant soin d'ajouter 1 à 2 centigrammes de sel quinique en plus de celle que l'on veut employer, à cause de la perte qui résulte des transvasements et de ce qui reste dans la seringue. Les vingt gouttes qu'elle contient peuvent s'introduire sous la peau en moins de deux minutes, si la ponction est bien faite perpendiculairement par un petit coup sec dans la peau tendue et à une certaine profondeur. Faite trop superficiellement, il peut s'ensuivre le décollement de l'épiderme, de petites bosselures et même un petit abcès à la place, autrement il suffit de ne pas se servir activement du membre pendant quelques heures, pour que cette petite opération soit exempte d'accidents. (*Bull. de thérap.*, mai et juin.) Voy. INJECTIONS SOUS-CUTANÉES.

Rien ne démontre mieux l'utilité de ces injections que la communication de M. Fauvel sur les *Constitutions médicales de Constantinople*. Il a constaté que dans la fièvre rémittente; avec complication gastro-intestinale, le sulfate de quinine administré par la bouche ou le rectum était mal toléré et par suite non absorbé ou du moins très-incomplétement, alors cependant que la vie du malade ou du moins la prompte guérison des localisations toujours graves de la maladie dépend de cette absorption. De là aussi le danger de ne pouvoir prévenir les paroxysmes qui se montrent souvent deux fois en vingt-quatre heures et qui peuvent être mortels comme dans la fièvre rémittente pernicieuse, alors surtout que le quinine doit être administré longtemps avant, et que dans la *forme algide*, l'estomac ne l'absorbe plus. (*Soc. méd. des hôpitaux*, juillet.)

Toutes ces circonstances, on le voit, militent en faveur des injections sous-cutanées que le savant médecin sanitaire ne manquera pas d'employer sans doute à l'avenir, maintenant que les résultats en ont été dûment constatés.

Os de sèche. Nouveau succédané de la quinine à ajouter à tant d'autres que l'usage a condamnés, et auquel celui-ci ne paraît guère destiné à survivre, attendu les hautes doses qu'il en faut administrer pour que son action antipériodique se manifeste : soit 15 à 20 grammes pour répondre à 65 ou 75 centigrammes de sulfate de quinine. C'est un gros volume, et s'il est vrai que l'absence de goût et d'odeur puisse compenser cet inconvénient, combien d'estomacs ne pourront le supporter si le palais y est moins sensible. M. le docteur Brault court donc grande chance de ne voir son remède adopté ni par les médecins, ni par les malades.

Traité des fièvres intermittentes et rémittentes des pays tempérés et non marécageux et qui reconnaissent pour cause les émanations de la terre en culture, par le docteur Adrien Berenguier, 1 volume in-8, de 364 pages.

Ecrite dans un but à la fois prophylactique et curatif, après une pratique de vingt années dans une contrée fébrigène, cette monographie s'adresse autant aux propriétaires, agronomes, cultivateurs, qu'aux praticiens des campagnes, auxquels elle sera un *vade mecum* utile, surtout à ceux des départements sous-pyrénéens qui y trouveront de sages indications. Pour l'auteur, les effluves telluriques se dégageant des terres sont, pour les cultivateurs, la cause de ces fièvres dont ils sont si souvent atteints. Le drainage, le chaulage, le marnage des terres en sont la prophylaxie comme la quinine en est le remède par excellence, à l'exclusion de tout autre, même des préparations arsenicales qui n'ont pas réussi dans le canton de Rabastens.

Fièvre puerpérale. L'ovarite chronique y prédispose selon M. de Robert de Latour, et il convient d'avoir cette étiologie en vue pour surveiller de plus près les suites de couches des femmes qui en ont été atteintes. Il semble même que ce ne soit là qu'un réveil de cette affection que la grossesse assoupit d'après le même auteur. Le même traitement lui est d'ailleurs applicable après comme avant l'accouchement : l'enduit imperméable au collodion, seulement il convient de ne pas soumettre ces accouchées à l'allaitement, car l'excitation des glandes mammaires, en retentissant sur l'utérus, entretient et développe le mal, c'est-à-dire l'écoulement sanguin, des douleurs lancinantes, etc. (*Union méd.*, n° 25.)

A l'exemple de plusieurs auteurs, M. Batailhé la considère

comme un empoisonnement suraigu, une infection purulente, ou mieux une infection putride aiguë résultant de l'absorption des produits renfermés dans l'utérus, s'opérant par les orifices béants des veines et des lymphatiques. D'où il conclut qu'en traitant l'utérus comme une plaie, on se mettrait en garde contre l'infection. Il propose, en conséquence, de recourir aux injections alcoolisées. (*Acad. de méd.*, juin.)

Dans ses leçons sur ce sujet, M. Barnes divise les causes de la fièvre puerpérale en deux classes : externes et internes comme étant la classification la plus pratique et la plus utile. Les premières sont ces agents qui, prenant leur source dans des conditions étrangères aux malades, leur sont apportées dans cet état où elles sont le plus susceptibles à en être impressionnées de manière à ce que la fièvre puerpérale en résulte. Il les désigne sous le nom de causes *heterogenetic.*

Les secondes, au contraire, sont celles qui prennent leur source dans les malades elles-mêmes sans aucune contamination du dehors. Le poison qui produit la fièvre a son origine dans la maladie même. Ce sont les causes *autogenetic.* (*Lancet*, février.)

Toute spécieuse qu'elle est, cette division n'éclaire guère l'étiologie de la fièvre puerpérale, et ne peut même servir à en tracer la prophylaxie, sinon qu'en isolant avec soin les nouvelles accouchées, on pourra prévenir les causes externes, ce que l'on savait parfaitement avant cette division.

Prophylaxie. La mortalité effrayante constatée dans les Maternités, prouve que la charité accordée aux pauvres femmes dans ces établissements est une grâce dangereuse envenimée comme la tunique que Nessus donna à Déjanire, a-t-on dit. (Voy. Accouchement.) M. Tarnier, en montrant que la réunion de plusieurs nouvelles accouchées dans une même salle est la cause de cette mortalité, a rendu évidente la nécessité de les isoler. La statistique lui a montré de plus :

1° Que les femmes enceintes ne contractent pas, sinon exceptionnellement, la fièvre puerpérale ;

2° Que la mortalité est moindre parmi celles qui séjournent plus de dix jours à l'hôpital avant d'accoucher, que parmi celles qui accouchent aussitôt leur entrée ;

3° Qu'après le huitième jour de l'accouchement, la fièvre puerpérale est très-rare.

D'où cette conclusion qu'avant de pouvoir réaliser l'isole-

ment, il serait d'une bonne prophylaxie d'admettre les femmes dans les Maternités une semaine ou deux avant l'accouchement afin de les acclimater et prévenir plus souvent l'infection.

Prospetto clinico della R. scuola di ostetricia in Milano. (Aperçu clinique de l'Ecole d'accouchement de Milan), pendant l'année 1864, par le docteur Casati, un vol. in-8, Milan.

Ce travail donne surtout un résultat exact de l'emploi du sulfite de magnésie dans la fièvre puerpérale. Sur 22 malades 16 guérissent sous l'influence de ce médicament donné à la dose de 2 grammes dans les vingt-quatre heures, pendant dix jours consécutifs. Celles qui ont succombé n'avaient pu prendre ce médicament d'une manière suivie.

Fièvre purulente. Réfutant les diverses théories de la phlébite, de la résorption du pus dans le torrent circulatoire et de l'embolie pour expliquer l'infection purulente, M. E. Baudot, dans un mémoire lu à la Société médicale d'émulation, adopte celle d'une fièvre essentielle émise par Teissier en 1838. Elle naît spontanément, suivant lui, comme la fièvre puerpérale, e sous l'influence de causes générales de toutes les pyrexies : encombrement, défaut d'aération, épidémicité, passions déprimantes. C'est ainsi qu'on la voit se développer dans les hôpitaux à certaines époques de l'année. Le mélange du pus au sang n'en est que la cause occasionnelle et la fièvre qui naît sou cette influence est l'effet de l'existence de collections purulente disséminées, et non le résultat mécanique de la présence du pu dans le sang. Il trouve la preuve de son essentialité en ce qu les lésions anatomiques ne consistent pas seulement dans l'existence d'abcès multiples comme on le dit communément, mai encore dans la présence de congestions, de ramollissements de points gangréneux, d'hémorrhagies, etc., lésions multiple que l'on constate dans toutes les fièvres. (*Union méd.*, n° 64

Fièvre bilieuse hématurique. De nouvelles recherch nécroscopiques faites au Sénégal par le docteur Benoît ont confirmé cette découverte anatomique faite par M. Pellarin premier : que la présence du sang dans l'urine est due à u hémorrhagie des reins se montrant sous forme d'ecchymose d'infiltration sanguine de la substance corticale, tantôt d'u seul rein, tantôt des deux. Sans que leur hypertrophie s

aussi constante que celle du foie et de la rate, elle existait 9 fois sur 14 autopsies. Leur poids est de même le plus souvent augmenté. Sa moyenne était de 380 grammes au minimum et de 1000 grammes au maximum. Une coloration rouge brun foncé, presque toujours marbrée de larges plaques ecchymotiques noirâtres, variables en étendue, envahissant parfois les 4/5 de la surface externe de l'organe, en était le caractère constant. Ces ecchymoses pénètrent dans la substance tuberculeuse, et dans les cas les plus graves, cette lésion offre tous les caractères d'un état apoplectique général. Le ramollissement est en rapport avec le degré d'hypérémie et parfaitement circonscrit par les ecchymoses. Résultat d'une hypérémie exagérée à une stase sanguine existante 9 fois sur 10, ces lésions constituent le caractère pathognomonique de cette pyrexie, sans que l'on observe aucune transformation pathologique des éléments histologiques comme dans les autres affections rénales. L'hématurie est sous la dépendance immédiate de cet état apoplectique, comme l'absence d'autres lésions dans les uretères et la vessie le confirme. (*Arch. de médecine navale.*)

De la fièvre hématurique observée au Sénégal, par le docteur Barthélemy Benoît, brochure in-8° de 106 pages, Paris.

FISSURE. Fissure palatine. Un nouvel obturateur de gomme élastique vulcanisée, que l'on fabrique dans un moule établi sur une empreinte des parties, est surtout préconisé par le docteur Kinsley, de New-York, pour les fissures congénitales. Il est construit de telle sorte que ses parties constitutives glissent l'une sur l'autre comme des valves, lorsque la contraction musculaire rétrécit la largeur de la division palatine.

L'appareil est maintenu en place par les inégalités de la voûte palatine ou par le maxillaire dans le voisinage de la fissure ; il est retenu par un simple lien d'or fixé à son extrémité et attaché à une ou deux dents qu'il entoure avec assez de fermeté pour en prévenir le glissement. (*Journ. de méd. et de chirur. de Brux.*, mars et avril.)

Chez deux femmes ayant une perforation étendue de la voûte palatine et qui y remédiaient instinctivement pour la déglutition par un morceau de peau de prune ou de mie de pain pétrie, le docteur Rosière imagina de remplacer ces moyens incommodes par une plaque de gutta-percha de 2 millimètres d'é-

paisseur, qu'un morceau de tube de caoutchouc d'un centimètre de diamètre partagé en deux dans sa longueur et placé, soudé au centre, sert à fixer en faisant l'office de ressort ou d'aile. Ce moyen réussit parfaitement. (*Revue de thér. med. chirur.*, n° 7.)

Traitement de la fissure congénitale du palais pour obtenir la prononciation normale, par le docteur J.-B. Rottenstein. Quinze pages in-8° avec planches des instruments facilitant la prononciation.

FISTULES. **Fistule vésico-vaginale**. Selon M. Meadows, il est inutile de tenir les opérées au lit comme on le fait : on peut sans le moindre danger, les laisser marcher immédiatement après la suture, car les mouvements du corps ne peuvent produire aucun changement dans la partie où siége la fistule à défaut de parties contractiles. Quant à prévenir le contact de l'urine par la sonde à demeure ou le cathétérisme fréquent, M. Meadows considère cette précaution comme vaine, l'arrivée continue de l'urine dans la vessie ne manquant pas de se répandre peu à peu sur tous les points et aucune position ne pouvant en empêcher le contact avec la réunion de la fistule. Deux faits rapportés à l'appui de ce nouveau mode de traitement décident d'ailleurs la question. La fistule laissait passer facilement le doigt. Néanmoins, l'opérée qui n'avait pas été endormie, partit après l'opération et vaqua à ses occupations habituelles. Celle qui avait été chloroformée resta au lit un jour seulement pour ce motif, et dans les deux cas le succès fut complet. La seule précaution recommandée par l'auteur est de faire des points de suture en grand nombre, de les serrer simplement sans plomb; et de les laisser assez longtemps pour assurer une réunion solide ; la présence des fils n'offrant aucun inconvénient. (*Obst. Society*, octobre 1864.)

Modifications opératoires. A l'exemple de plusieurs chirurgiens allemands et anglais, le professeur Courty a réussi dans plusieurs cas en employant simplement deux rangées de fils métalliques, les uns profonds, sans traverser la vessie, les autres superficiels et tordus à la manière de M. M. Sims sans les plaques, les fanons métalliques ni aucun autre corps intermédiaire. Le vagin est tenu dans le plus grand état de propreté, afin de prévenir tout travail ulcératif. La sonde à demeure est

remplacée par le cathétérisme toutes les trois ou quatre heures, car le séjour de l'urine, paraît moins compromettant pour le succès de l'opération, que les contractions spasmodiques ou le ténesme produits par le séjour de la sonde. Plusieurs malades ont même uriné seules à plusieurs reprises, sans que le résultat en ait été moins heureux. Les fils sont enlevés du cinquième au huitième jour. (*Soc. de chirur.*, 14 décembre 1864.)

Peu à peu, cette opération est ainsi débarrassée de tous les accessoires qui en faisaient une des plus délicates et difficiles de la médecine opératoire. Six observations rapportées en détail par M. Courty *in Montpellier méd.*, octobre, justifient parfaitement ces simplifications. Des six fistules datant de deux mois à dix ans, d'un diamètre variable de 1 à 3 centimètres, ont guéri également vite et les opérées ont pu partir avant quinze jours. Les fils ont été enlevés ordinairement le sixième jour, aussi conclut-il finalement qu'aucune opération autoplastique ne donne des résultats immédiats plus rapides et plus parfaits.

M. le docteur Gaillard a obtenu la guérison en combinant les procédés français et américain. La femme est placée à plat-ventre et les bords de la fistule largement avivés. La suture entortillée avec fils organiques a réussi. Un petit carré de taffetas ciré placé dessous a prévenu les ulcérations qu'ils déterminent sans cela. La toile cirée à broderie ou des plaques minces de caoutchouc seraient peut-être préférables. Avec cette modification, la suture entortillée, la plus facile, la moins longue et la plus sûre pour mettre exactement les bords de la muqueuse vésicale exactement en contact est ainsi applicable. L'action constrictive s'exerce en sens opposé des points d'entrée et de sortie des épingles, d'où le rapprochement forcé des bords taillés en biseau sur la muqueuse vésicale et un obstacle mieux assuré au passage de l'urine, qui est le point capital.

On pourrait encore isoler ces fils des surfaces sous-jacentes par de petites plaques en métal, minces, placées sur ces carrés de toile cirée et percés de trous pour le passage des épingles. La plaque de Bozeman et les fils métalliques seraient ainsi remplacés avec avantage.

Il n'y a pas eu d'incisions libératrices, la laxité du tissu sur lequel on opère permettant le rapprochement sans rétraction à moins de larges pertes de substance. (*Gaz. des hôp.*, nº 5.)

Nouveaux instruments. Une modification importante a été

faite au spéculum de M. Marion Sims par M. Mathieu, en y ajoutant deux leviers écarteurs dont les tiges longent les deux bords de la gouttière du spéculum et que l'on peut développer à volonté une fois l'instrument introduit dans le vagin. Ces tiges sont ajustées à coulisses et, au moyen de deux vis de pression, l'opérateur peut les fixer au point de dilatation nécessaire pour pratiquer son opération avec facilité.

Employé par plusieurs chirurgiens, notamment M. Denonvilliers, dans un cas extrêmement difficile cet instrument a seul rendu l'opération possible. Les deux écarteurs prennent un point d'appui en dilatant la partie sur laquelle on opère, ils donnent ainsi plus d'espace et rendent moins fatigante la position de l'aide chargé de tenir l'instrument. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Un nouvel instrument, sans nom, applicable aux fistules vésico-vaginales profondes et étroites, a été aussi présenté à la Société pathologique de Dublin, par le docteur Banon, comme pour faire écho aux présentations de M. Denonvilliers. Il s'agit d'une espèce de stylet ou de cathéter plein, monté sur un long manche, et dont l'extrémité mousse peut pénétrer dans les plus étroits pertuis fistuleux. Quatre pointes aiguës s'en détachent en arrière, de telle sorte que, en le retirant, elles accrochent les lèvres de la fistule, qui peuvent être ainsi amenées en avant et avivées plus facilement, surtout quand le vagin est rétréci, comme cela arrive souvent. Il a parfaitement réussi dans un cas de ce genre, chez une femme de soixante-dix ans.

Guérison spontanée. Il n'est pas rare de voir la gangrène s'emparer d'une partie de la paroi de la vessie à la suite des accouchements laborieux, et une fistule s'ensuivre. Ce danger est surtout à redouter si la tête reste plusieurs heures au couronnement. Aussi toutes les sages-femmes devraient-elles être bien instruites et pénétrées de ce grave danger, afin d'appeler le médecin assez tôt pour terminer l'accouchement avant une compression prolongée des tissus.

C'est dans un cas de ce genre que, chez une femme albuminurique, M. Parant fut appelé à terminer un accouchement lorsque, depuis plusieurs heures, la tête, fortement engagée dans le détroit inférieur, faisait saillie au dehors. La sage-femme engageait toujours la femme à pousser, espérant que

l'enfant finirait par franchir ce détroit. Mais la patiente était épuisée et une application de forceps était indispensable pour suppléer à son impuissance. Une large fistule du bas-fond de la vessie, ayant 8 centimètres de longueur sur 4 de large, en résulta après quelque temps.

Quel ne fut pas l'étonnement de M. Parant, appelé à examiner la malade après plusieurs mois, de trouver une occlusion complète du vagin à 4 centimètres de profondeur environ au-dessus du point fistuleux! La nature avait suivi, dans ce cas, le procédé de Vidal (de Cassis). Les parois du vagin, irritées, ulcérées sans doute par le contact de l'urine et le défaut de soins de propreté, s'étaient réunies et soudées ensemble, tellement que, dans la position assise ou horizontale, la malade gardait très-bien ses urines, qui s'écoulaient alors par la voie naturelle. Debout, l'incontinence se produit encore, quoique faiblement.

C'est donc là un exemple frappant que Vidal avait sagement interprété les voies de la nature médicatrice par l'invention de son procédé. Mais il a de graves inconvénients en s'opposant à tout rapprochement des époux et en entraînant la stérilité absolue. C'est ainsi que, dans ce cas, le mari, jeune, plein d'ardeur et d'impatience, réclamait ses droits, et que la femme en était aussi désireuse. De plus, la menstruation, obligée de s'effectuer par l'urèthre, ne doit-elle pas être la source de nouvelles complications ? En présence des perfectionnements apportés aujourd'hui, par les méthodes américaines, à l'opération de la fistule vésico-vaginale, il nous semble qu'il n'y a pas à hésiter d'y recourir chez une femme jeune et bien portante.

Fistule lacrymale. Dans une nouvelle communication faite à la *Société de médecine de Lyon*, M. Foltz a apporté 26 exemples émanant de plusieurs notables chirurgiens lyonnais de l'emploi de son procédé par emporte-pièce ou perforation de l'os unguis produit en 1859. Ces 26 opérations ont donné 15 guérisons constatées après 4 mois dans 8 cas et après 4 années dans les 7 autres ; 6 améliorations et 5 insuccès. Le résultat est donc satisfaisant et peut encourager à répéter cette opération dont voici le manuel :

L'instrument consiste en un davier dont l'autre branche est armée d'un emporte-pièce convenablement disposé et dont l'autre doit fournir un point d'appui à la canule perforante. Le

sac étant ouvert, la branche de support est introduite dans la fosse nasale jusqu'à la partie verticale ou antérieure du méat moyen ; un crochet disposé près de l'articulation, permet. en refoulant et en préservant la narine, d'atteindre plus facilement ce point. La canule de l'autre branche est dirigée dans le sac jusqu'au fond de la gouttière : puis on serre fortement les branches du davier et à l'aide d'une clef, deux ou trois tours sont imprimés à la canule qui achèvent la section. Une mouche de taffetas suffit pour tout pansement.

Si l'auteur n'hésite pas à conclure que cette *perforation est une opération toujours facile.... et sûre dans ses résultats immédiats*, M. Delore y met quelques restrictions qui doivent rendre au moins circonspect. Si le sac n'a pas une capacité considérable, dit-il, on ne peut donner l'inclinaison voulue à la canule perforante et si l'on emploie à cet effet la sonde cannelée comme conducteur, on s'expose à refouler les parois du sac et à les comprendre dans la section. De plus, au lieu de porter sur l'unguis, la canule perforante vient porter parfois sur la branche montante. Enfin, la perforation ne s'accomplit pas toujours sans laisser des lambeaux irréguliers de muqueuse et des brides qui peuvent nuire au succès ; mais on peut remédier à cet accident par des cautérisations consécutives. C'est donc surtout à ne pas s'égarer sur la branche montante que le chirurgien doit s'appliquer. M. Foltz, reconnaissant qu'il n'est pas possible de faire pénétrer *de plano* la branche nasale du davier jusqu'au niveau de la gouttière lacrymale, en raison de la saillie formée par l'apophyse unciforme et l'ethmoïde, conseille d'incliner l'instrument pour la contourner en luxant au besoin le cornet moyen. Cette opération n'est donc aussi simple et aussi sûre qu'il le dit qu'avec la dextérité que donne l'habitude.

Quant à conclure de la cicatrisation de la plaie par ce qui se passe sur l'oreille d'un lapin, ainsi que le fait l'auteur, il n'y a évidemment ni rapport ni parité à établir. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 5.)

FOIE. La pénétration des ascarides lombricoïdes dans cet organe pendant la vie paraît démontrée par la nouvelle observation du professeur Pellizzari sur un enfant de sept ans, admis à l'hôpital *Santa Maria Nuova* de Florence, en proie à de très-vives douleurs, surtout à l'hypochondre droit. Fièvre, volume et consistance du foie augmentés la simple palpation en est très-douloureuse, cependant il n'y a ni jaunisse, ni convulsions.

L'administration d'une potion stibiée amène des vomissements, et l'expulsion de matières fécales au milieu desquelles s'agitent des lombricoïdes. Le 19, l'exaspération des symptômes morbides coïncide avec une apparition nouvelle de vers dans les substances vomies ; le 20, l'état du malade s'empire, et la mort survient au milieu des convulsions. A l'autopsie, on rencontre 9 lombricoïdes dans l'intestin grêle ; le foie est augmenté de volume, son parenchyme est envahi par 16 ascarides lombricoïdes dans un développement complet (12 femelles et 4 mâles) ; leurs extrémités caudales sont dirigées ou vers le duodénum, ou vers les principaux troncs hépatiques, tandis que les extrémités céphaliques s'implantent dans le parenchyme du foie, dans la direction des extrémités terminales des canaux biliaires. Voici leur mode de distribution :

Six vers noués et accroupis sont situés aux dernières divisions des canaux biliaires ; deux se trouvent en partie dans ces divisions mêmes, et en partie dans le parenchyme du foie; deux dans les premières divisions du conduit hépatique ; les six derniers allongeant leur corps dans la cavité duodénale, dans le cholédoque, dans le conduit hépatique, tous énormément dilatés, surtout dans les divisions ultimes des canaux biliaires, où les vers étaient noués et roulés sur eux-mêmes.

Les parois membraneuses du cholédoque et du conduit hépatique n'offrent rien d'anormal ; mais sur la membrane muqueuse, déjà plus épaisse et plus vascularisée, des diramations secondaires et tertiaires des canaux biliaires, on aperçoit des œufs de lombricoïdes, des cellules épithéliales cylindriques et des globules granuleux d'exsudation plastique. Il existe aussi une certaine quantité d'œufs dans la cavité, que deux lombricoïdes ont creusée dans la densité même du parenchyme hépatique.

Pendant que quelques-uns de ces œufs présentent leurs caractères normaux, d'autres offrent une segmentation plus ou moins avancée du vitellus ; ceux-ci sont augmentés de volume (les involucres membraneux amincis sont déchirés sur quelques points : le vitellus a perdu sa granulation pour se transformer en grosses gouttelettes graisseuses) ; ceux-la, plus petits, plus sphériques, présentent des involucres manifestement ridés. (*Sperimentale* 1864.)

Lacération. Deux cas offrant un certain enseignement se sont présentés à peu d'intervalle dans l'hôpital Guy. Le premier

est celui d'un homme de vingt-deux ans admis le 6 septembre, qui, trois semaines auparavant, était tombé sur une solive en portant sur le côté droit de l'abdomen. A son entrée, il souffre d'une extrême distension de l'abdomen. Des lavements amènent du soulagement qui donne quelque espoir de guérison, et, cependant, il s'affaiblit graduellement et succomba le 16, en survivant ainsi un mois environ à sa blessure que l'autopsie montra être une perforation totale du foie et du diaphragme unis entre eux par d'intimes adhérences dont la division donna issue à un large abcès envahissant toute la surface splénique. Le poumon droit était repoussé en haut par le diaphragme qui y adhérait et au-dessus existaient des traces de pleurésie. Les intestins étaient réunis par des adhérences d'une couleur noirâtre due sans doute à un épanchement sanguin.

Un contraste frappant distingue le second. C'est un matelot de vingt-quatre ans, qui tomba d'un mât de la hauteur de 25 pieds le 23 novembre. Il fut aussitôt conduit à terre et se rendit à pied à l'hôpital, où il arriva une heure après l'accident. Un quart d'heure après son arrivée, il succombait à des symptômes d'hémorrhagie interne que l'autopsie démontra.

La surface externe ne portait aucune trace de blessure, mais l'abdomen contenait plusieurs pintes de sang. La rate, d'un volume double de l'état normal, molle, était déchirée transversalement au milieu et la veine divisée. (*Lancet*, décembre.) Ainsi, de ces lésions analogues, celle du foie a été moins rapidement mortelle que celle de la rate, contrairement à ce qu'on aurait pu prévoir d'après l'importance physiologique de ces deux organes. Voy. Abcès.

Observations on the fonctions of the Liver. (Des fonctions du foie et spécialement de la formation de la substance amyloïde ou dextrine animale et sa destination), par le docteur Mac-Donnel. Dublin et Londres.

Le procédé d'une assimilation complète, physiologique suivant l'auteur, tend à élever cette substance du rang de composé ternaire (*hydrocarboné*) à celui de quaternaire (*azoté*). C'est la base suivant lui, d'un protoplasma azoté qui constitue le sang de l'animal adulte. Sa conversion en sucre est donc une déviation de sa destination normale. Telle est la thèse physiologique développée dans cette brochure et appuyée sur des expériences qui s'y trouvent relatées.

La communication des résultats, faite directement par l'auteur à l'Académie des sciences, le 8 mai, aura pour effet, espérons-le, de faire connaître le jugement de ce corps illustre sur cette nouvelle doctrine de la formation de la matière amylacée.

FOUDRE. En intrépide chercheur qu'il est, M. Boudin a trouvé que, de 1835 à 1863, le nombre des personnes tuées, sur le coup, par fulguration, a été pour la France de 2238, et celui des blessés de plus de 4000. Dans les groupes composés d'individus des deux sexes, les hommes ont été plus maltraités que les femmes. Sans se demander la raison de cette prédilection de la foudre pour le sexe fort, il rappelle que parmi les hommes mêmes il en est qui sont plus exposés que les autres *par la nature de leur constitution* à subir, toutes choses égales d'ailleurs, les effets de la foudre. « Il existe, a dit Arago, des personnes qui arrêtent brusquement la communication de l'électricité et ne ressentent pas la secousse, lors même qu'elles occupent la seconde place de la pile. Ces personnes, par exception, ne sont pas conductrices de la matière fulminante. Par exception, il faut donc les ranger parmi les corps non conducteurs que la foudre respecte ou qu'elle frappe rarement. Des différences aussi tranchées ne peuvent pas exister sans qu'il y ait également des nuances. Or, chaque degré de conductibilité correspond, en temps d'orage, à une certaine mesure de danger. L'homme conducteur comme le métal sera aussi souvent foudroyé que le métal ; l'homme qui interrompt la communication dans la chaîne n'aura guère plus à craindre que s'il était de verre ou de résine. Entre ces limites, il se trouvera des individus que la foudre frappera à l'égal du bois, des pierres, etc. Ainsi, dans les phénomènes du tonnerre, tout ne gît pas dans la place qu'un homme occupe; la constitution physique de cet homme joue aussi un certain rôle. » Des milliers de faits établissent également l'immunité relative de l'homme comparé aux animaux.

On considère généralement comme périlleux, en temps d'orage, l'abri que le cultivateur ou le voyageur cherche sous les arbres. M. Boudin semble partager cette opinion, et pourtant il résulte de sa statistique ce fait contradictoire : que sur 34 personnes foudroyées *dans les champs*, 19 (la majorité) se trouvaient en rase campagne, et que 15 seulement s'étaient réfugiées sous

des arbres. Quant à l'essence de ces derniers, il est bon de noter que le *hêtre* y figure pour un certain chiffre, ce qui prouve que Maxwell, et après lui le dernier congrès scientifique de Manchester, ont eu tort de proclamer l'immunité de cet arbre.

Une circonstance bien singulière qui se rattache encore aux effets de la fulguration, c'est l'action foudroyante de l'homme récemment foudroyé. Ainsi M. Boudin a rapporté deux faits qui ne permettent pas de révoquer en doute la transmission de cette action. Le premier concerne un homme qui, le 30 juin 1854, fut tué par la foudre près du Jardin des Plantes, à Paris, et dont le corps resta pendant quelque temps exposé à une pluie battante. Après l'orage, deux soldats ayant voulu enlever le cadavre reçurent chacun un choc violent au moment où ils le touchèrent. Dans la seconde observation, deux artilleurs chargés de relever deux poteaux du télégraphe électrique, qui avaient été renversés le 8 septembre 1858 par un orage à Zara (Dalmatie), ayant saisi, deux heures après l'orage, le fil conducteur, éprouvèrent d'abord de légères secousses, puis furent tout à coup terrassés. Tous deux avaient les mains brûlées; l'un d'eux même ne donnait plus aucun signe de vie. L'autre, en essayant de se relever, retomba immédiatement en touchant du coude un de ses camarades accouru à ses cris. Ce dernier, terrassé à son tour, éprouva des accidents nerveux divers, et son bras présenta une brûlure de la peau à l'endroit même où il avait été touché. (*Acad. des sciences*, juillet.)

Continuant ses recherches pour 1864, l'auteur a trouvé 87 personnes tuées par l'action immédiate de la foudre : 61 hommes et 26 femmes. Cette inégalité est le résultat le plus saillant et le plus constant, la proportion des femmes n'étant dans les statistiques antérieures que de 28 : 100. Elle n atteint pas même 22 : 100 en Angleterre. Cette immunité relative ne saurait s'expliquer par la présence plus fréquente des hommes dans les champs, car les enfants au-dessous de quinze ans la partagent à un degré supérieur, leur proportion n'étant que de 16,6 : 100, et l'on a vu la foudre tombant sur un groupe d'individus des deux sexes, épargner bien plutôt les femmes que les hommes. La cause de cette différence est donc à chercher. (*Idem*, novembre.)

FRACTURES. L'influence du rachitisme sur leur production et leur consolidation est rendue évidente par le fait d'un

enfant de quatre ans ayant des courbures très-prononcées des fémurs, des tibias et des os des membres supérieurs. A peine s'il marchait seul qu'il s'est cassé la jambe droite ; il s'est fracturé ensuite le bras gauche et plus tard le col du fémur.

Néanmoins, traitées par l'appareil à planchettes mobiles de M. Gaillard, de Poitiers, concurremment avec un traitement interne et un régime appropriés, ces trois fractures se consolidèrent rapidement, c'est-à-dire en dix-huit jours pour celle de la jambe, quinze pour celle du bras et vingt et un pour celle du col du fémur. (*Bull. de la Soc. méd. de Poitiers*, 1864.)

Diagnostic. *Massage.* Quand par suite de la contusion ou du gonflement du siége de la fracture, on ne peut en constater les signes positifs, la crépitation entre autres, et que le diagnostic reste ainsi incertain et douteux, M. Rizet emploie non-seulement pour l'élucider, la compression comme M. Velpeau pour résoudre l'épanchement, mais le massage. Plusieurs exemples sont rapportés à l'appui de cette pratique, qui a utilement servi à établir promptement le diagnostic. Elle serait particulièrement utile chez les enfants à cause de leur résistance à l'exploration, de la petite dimension du membre, de l'état ferme et rebondi du tissu cellulaire. D'ailleurs, elle est particulièrement indiquée dans les cas où il n'y a eu qu'entorse, et se trouve ainsi exempte de dangers, contrairement aux mouvements étendus de latéralité pour constater la crépitation et la mobilité. (*Gaz. méd.*, n° 29.)

Une seule objection à faire à cette manœuvre, c'est la douleur extrême qu'elle doit provoquer. En raison de son habitude et de l'habileté, de *la douceur de pouce* qu'il a acquises à la pratiquer, l'auteur ne l'a sans doute pas constatée ; mais elle paraît inhérente à cette méthode pour la plupart des praticiens qui n'y sont pas habitués, obligés ainsi de s'en tenir à une douce compression.

Traitement. *Gouttière à irrigations.* Boîte métallique surmontée d'une plaque de même métal percée de trous, et ayant la disposition des gouttières pleines employées contre les fractures.

Imaginé par le docteur Carof, de Brest, et exécuté par M. Charriere, cet appareil permet de pratiquer l'irrigation dans le lit, sans déplacement du blessé ni imbibition des

linges. L'eau coule à travers les trous de la plaque dans la boîte inférieure. L'eau s'en écoule au moyen de tubes de caoutchouc adaptés aux extrémités, et se rendant dans des vases placés sous le lit. (*Acad. de méd.*, juin.)

C'est à peu de chose près le même système préconisé par M. Debourge l'année dernière, et décrit dans le *Dictionnaire annuel* au mot IRRIGATION.

Fractures du crâne. Un cas extraordinaire en a été rapporté par MM. Desgranges et Lafargue à la Société de médecine de Bordeaux. Un jeune homme de vingt-huit ans, animé par la boisson, reçoit sur le crâne un coup de bûche de pin, de la grosseur de l'avant-bras; il tombe à la renverse sans connaissance et, porté de suite dans une pharmacie, après quelques instants et quelques soins, il reprend l'usage de ses sens: ce qu'il manifeste par des paroles et des actes d'un délire gai; il chanta et dansa quelques instants.

Appuyé sur deux amis, il se rendit ensuite à pied à son domicile, situé à 1200 mètres environ. Il embrasse sa mère, profère quelques paroles et se met au lit. Dès lors, la vue s'altère, le sang coule de l'oreille gauche. Bientôt il perd de nouveau connaissance, passe une nuit très-agitée avec contracture des membres et succombe le matin à sept heures et demie, douze heures après avoir été frappé.

Il n'existe aucune ecchymose, ni déchirure, ni excoriation du cuir chevelu, ce qui n'est pas rare dans les fractures du crâne. Aucun épanchement sanguin ne s'observe même sous le cuir chevelu, mais un épanchement de sang noir existe dans l'épaisseur du muscle temporal gauche et une fracture angulaire de la voûte crânienne existe dessous. Elle s'irradiait au loin et intéressait toute l'étendue du temporal, le pariétal en arrière, l'occipital et une partie du frontal. Un énorme caillot de sang comme le poing existait entre la dure-mère et le lobe antérieur de l'hémisphère gauche.

Enfin, du côté droit, existait également une fracture par contre-coup de la portion écailleuse du temporal avec attrition sanguinolente de la pulpe cérébrale dans le point correspondant.

Ainsi, malgré ces graves lésions, le blessé avait pu marcher, parler et jouir de sa connaissance comme si l'épanchement ne s'était formé que goutte par goutte, ainsi que le ramollissement de la pulpe cérébrale. (*Union méd. de la Gironde*, janvier.)

On ne peut donc, en pareil cas, juger de la gravité des lésions réelles par les premiers signes, et le mieux est de traiter toujours activement, fût-ce à titre de prophylaxie, ces sortes d'accidents, afin de ne pas avoir de reproches à se faire.

Fracture du maxillaire inférieur. L'extrême mortalité qui s'observe dans cette espèce de fracture, même simple, et qui s'élève, d'après une statistique dont les éléments ont été recueillis par M. Richet, à 6 sur 36, serait principalement due, d'après ce chirurgien distingué, à l'infection putride déterminée par l'ingestion et l'absorption des liquides pathologiques versés dans la bouche. Cet accident est surtout à redouter lorsqu'il y a déchirure de la membrane muqueuse buccale et communication du foyer de la fracture avec l'air extérieur. Il y a ainsi inflammation, suppuration, abcès, nécroses, fistules, consolidations tardives ou manquées, etc.

Les meilleurs moyens de prévenir la mort sont, après avoir fixé les fragments au moyen de la ligature des dents et de l'appareil de *gutta-percha*, de Morel-Lavallée, de donner une large issue aux liquides altérés, de tenir la bouche très-propre par des lotions et injections à l'eau simple ou phéniquée et à faire vomir et purger de temps en temps le malade. (*Soc. de chirurg.*)

Ces conseils sont inconciliables, car avec l'appareil de gutta-percha, il est impossible de tenir le foyer de la fracture dans l'état de propreté voulu. La bouche exhale ordinairement la plus repoussante odeur. Par contre, on pourrait ajouter avec avantage l'usage des sulfites, *intus et extra*, pour s'opposer à la fermentation.

Fractures du rachis. *Trépanation.* Elle a été pratiquée sur un homme entré à l'hôpital Jervis de Dublin, le 28 décembre 1864, avec les symptômes d'une fracture de la colonne vertébrale correspondant à l'union de la dernière vertèbre dorsale avec la première lombaire, mais que l'autopsie montra être une luxation de ces deux vertèbres avec fracture du corps de celle-ci. Les phénomènes de compression conduisirent M. Mapother à la proposer à ses collègues, qui, n'étant pas de cet avis, soumirent la question à M. Brown-Séquard. Il approuva cette opération comme dernier secours. Elle fut exécutée le 3 février par l'enlèvement de l'arc postérieur. Dès lors, les membres inférieurs, qui étaient complétement paralysés, sans

aucun signe d'action réflexe ainsi que la vessie et le rectum, reprirent un certain pouvoir musculaire, la sensation reparut partout où elle était abolie. L'action réflexe se manifesta après quelques jours. L'infiltration du pénis, du scrotum et des membres se dissipa ; les ulcérations du pénis et du sacrum se modifièrent, et la vessie elle-même avait recouvré en grande partie sa contraction musculaire quinze jours après, quand la mort survint le dix-septième par infection purulente. L'inflammation vésicale s'était propagée aux reins, et l'on trouva des foyers purulents dans l'un d'eux. La moelle était comprimée, mais sans lésion notable. (*Dublin med. Press.*, août.)

Ce résultat, en permettant de croire que cette opération pratiquée plus tôt eût pu prévenir les lésions qui ont amené la mort, est de nature à faire entrer les chirurgiens dans une nouvelle voie thérapeutique dans les fractures de la colonne vertébrale.

Contrairement à cette appréciation applicable à ce cas particulier, il résulte de la statistique totale des opérations analogues pratiquées sur le rachis, que le succès en est d'autant plus fréquent qu'elles sont faites tardivement. Ainsi, sur 26 opérés il y a 19 morts, résultat peu favorable tout d'abord à cette grave opération. Mais en analysant les observations que M. Felizet relate sommairement dans leurs principaux détails, les résultats sont tout différents.

Ainsi, quant à l'époque de l'opération : Pratiquée de cinq heures à treize jours après l'accident, elle n'a réussi que 3 fois sur 17 tentatives faites dans ces conditions. Du quatrième au cinquième mois après l'accident, elle donne au contraire 3 succès sur 5 tentatives. Dans 3 autres cas dont l'époque n'est pas connue, il y a eu encore un succès.

Si donc la violence du traumatisme, en justifiant cette tentative opératoire, explique la mort sans préjudice de l'opération, on peut croire que pratiquée plus tôt, dans les deux cas où elle a été faite tardivement comme dans celui-ci, il y eût eu plus de chances de sauver les blessés.

Relativement au siége de la fracture, la trépanation a été pratiquée :

6	fois.	Vertèbres cervicales inférieures et dorsales supérieures. .	2	guérisons.
2	—	— dorsales supérieures.	1	—
2	—	— id. moyennes.	0	—
9	—	— id. inférieures.	1	—
2	—	— lombaires.	1	—
5	—	— sans siège précis.	2	—

Mais ici, on le comprend, tout est subordonné aux lésions de la moelle. Si elle n'est que comprimée, le succès peut s'ensuivre si l'inflammation ne vient l'empêcher, mais s'il y a division, contusion, hémorrhagie, qu'attendre d'une telle opération ? Rien. (*Arch. de méd*, novembre.)

Fractures de côtes. Dans un cas de ce genre observé par M. Herrgott chez un catarrheux, un emphysème généralisé s'ensuivit avec des proportions effrayantes. Figure méconnaissable, yeux fermés, cuir chevelu crépitant sous les doigts, gonflement énorme des membres inférieurs et supérieurs, la peau du tronc et du scrotum est froide, tendue et résonne comme un tambour. Il ressemblait à un animal soufflé artificiellement. Malgré tous les moyens employés, la situation du malade devenant menaçante, une ponction avec le trocart fut pratiquée aux deux régions pectorales les plus tendues et une canule y fut laissée à demeure. Aussitôt l'air s'échappa avec une telle vitesse qu'il éteignit une bougie placée à une petite distance. Le malade en éprouva un grand soulagement, l'emphysème disparut graduellement ; le huitième jour on retira les canules et la fracture et l'emphysème guérirent parfaitement. C'est donc là un moyen nouveau qui mérite de fixer l'attention des praticiens. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, nov.)

Fractures du bassin. *Matelas hydrostatique.* Entre autres preuves, M. Demarquay cite le cas d'un jeune homme de vingt ans, admis dans le service de M. Desormeaux pour une fracture du corps du pubis et de l'ischion avec déchirure de l'urèthre résultant d'un éboulement. Obligé de rester couché sur le dos, ce blessé eut bientôt une eschare au sacrum qui s'étendait malgré les pansements ordinaires.

On le plaça sur un matelas d'eau et la plaie se cicatrisa complétement en quinze jours. La douleur cessa dès qu'il fut posé sur l'appareil. Privé accidentellement de son lit hydrostatique pendant quinze jours, il recommença à souffrir au siége de ses fractures, tellement qu'il pleurait en pensant qu'on ne lui rendrait peut-être pas son matelas.

Il est surtout d'une utilité extrême pour le transport des blessés. Placé dans une voiture ordinaire ou un wagon de chemin de fer, il prévient ces chocs qui leur sont si douloureux et qui rendent même ce transport impossible. (*Gaz. des hôp.*, n° 7.)

Fractures des membres. *Attelles plâtrées imperméables.* L'emploi du plâtre dans ce cas, dont l'origine remonte aux Arabes, et qui réalise l'*inamovibilité* par excellence, a surtout été perfectionné dans ces derniers temps en Allemagne. Ce n'est qu'en passant que les auteurs français y ont attaché leur nom. Le professeur Mitscherlich, en rendant imperméables les appareils plâtrés, a surtout contribué à en généraliser l'usage chez les enfants, bien mieux que les attelles collodionnées de M. Ciniselli. Il les a rendues spécialement applicables aux fractures compliquées, où l'irrigation continue est nécessaire. C'est dans un cas de ce genre que M. Herrgott a commencé à en faire usage. La boîte de Baudens étant insuffisante à maintenir la contention d'une fracture compliquée de la jambe, ce chirurgien eut l'idée de placer le membre dans une gouttière de linge plâtré, embrassant toute la partie postérieure et la plante du pied, puis, au côté interne de la jambe, une bande de linge plâtré pliée en quatre se repliant sous la plante du pied et s'unissant à la gouttière, de manière à donner au pied la position voulue. Un succès si complet couronna cette tentative, que de là date l'invention des attelles plâtrées, employées depuis avec un égal succès dans plusieurs autres cas de fractures simples et compliquées, dont les observations sont rapportées par M. Gallet.

On fait ces attelles avec de la vieille toile coupée préalablement en longueur et en largeur voulue. Les mailles trop lâches de la toile d'emballage ou de la tarlatane grossière n'ont donné que des attelles qui s'émiettent et se fendillent facilement. Ces morceaux sont trempés ouverts dans une bouillie de plâtre de consistance crémeuse, et brassés dedans de manière à bien s'en imprégner. Cela fait, on les soulève pour les plier uniformément en deux, en quatre, puis on les passe entre deux doigts pour en chasser les bulles d'air, et on les dépose ainsi préparées dans le bassin jusqu'à ce que la solidification soit prête à s'opérer. Quelques minutes suffisent ordinairement, quand le mélange est bien fait. Le membre étant rasé, huilé ou graissé d'avance, et un bandage roulé ou des compresses longuettes étant placées, la valve postérieure en forme de gouttière, s'il s'agit de la jambe ou de la cuisse, est d'abord appliquée et maintenue exactement sur le membre par le bandage, tandis que la coaptation exacte est pratiquée ; une seconde et une troisième attelles sont ensuite placées suivant le même procédé. Un

petit linge huilé interposé entre elles suffit à en empêcher la réunion s'il est nécessaire. Quand tout est solide, et cinq minutes suffisent, si l'on saisit bien le moment de la solidification imminente, sans que la contention soit nécessaire pendant plus longtemps, on régularise avec les cisailles les parties exubérantes des attelles, on nettoie, et le tout est achevé.

Appliqués suivant ces indications, ces appareils plâtrés ont été très-bien supportés, sans provoquer ces douleurs de talon si fréquentes et intolérables, pourvu que la gouttière soit bien modelée sur la jambe. Rien d'ailleurs, n'est plus facile par ce procédé; il produit des attelles modelées sur le membre dont la pression est répartie sur tous les points de contact. Elles peuvent être enlevées, replacées aisément, et l'on peut aussi, quand cela devient nécessaire, y pratiquer des échancrures ou toute autre modification.

Le meilleur moyen de les rendre imperméables est le vernis copal anglais des carossiers et le vernis copal térébenthiné. Appliqué sur la surface externe, quand elles sont sèches, il les rend complétement inattaquables par l'eau, et au pus si on les en enduit à la surface interne. On se sert à cet effet d'un simple pinceau de charpie qu'on passe sur l'attelle tant que le vernis est absorbé. Il en résulte une certaine solidité, une élasticité qui ajoutent encore à la valeur de ce nouveau moyen de contention, qui, par sa simplicité et sa légèreté, est bien supérieur à tous les autres appareils plâtrés. Ces avantages doivent donc appeler l'attention des chirurgiens sur ces attelles plâtrées imperméables, et leur faire prendre une place importante dans le traitement des fractures compliquées surtout, ou dans le pansement des membres après les résections. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 3.)

Des spécimens d'appareils moulés en plâtre et recouverts du vernis de copal présentés à la Société de Chirurgie par M. Giraldès, n'ont pas résisté à l'épreuve de l'eau. Immergés dans ce liquide, ils s'en sont laissés pénétrer, ce qui, d'après M. Giraldès, dépendait de ce que les plans de section n'étaient pas enduits du vernis protecteur. De nouveaux modèles ont été parfaitement imperméables moyennant cette précaution.

Suivant M Lefort, le danger du feu serait plus redoutable que celui de l'eau avec ces appareils, car, le vernis de copal est très-inflammable; Néron s'en servait pour faire brûler ses victimes (*Soc. de chir.*, avril). Avertissement à ceux qui voudront employer ce moyen de contention.

De l'emploi des appareils plâtrés imperméables dans le traitement des fractures compliquées, par M. E. Gallet (Thèse de Strasbourg, 19 décembre 1864.)

Peu de sujets ont autant exercé la sagacité, le génie inventif des chirurgiens, que les appareils de contention des fractures. Sous prétexte de perfectionnements, on en a varié de mille façons, et la forme et les matériaux, et malgré cette richesse infinie, de nouvelles modifications surgissent sans cesse. Des moyens délaissés, abandonnés depuis des siècles, sont reproduits tour à tour et présentés sous des formes, des idées qui en font souvent méconnaître l'origine. Rien de plus utilement instructif à cet égard que l'histoire de l'art, telle qu'elle est résumée dans cette thèse à propos des divers appareils employés contre les fractures compliquées, et en particulier les appareils plâtrés imperméables.

Ce n'est pas que le plâtre soit encore beaucoup employé dans le Royaume-Uni. Une enquête faite par M. Tufnell sur les divers moyens employés dans quatre-vingt-dix hôpitaux pour les appareils inamovibles, la manière de les préparer et l'époque de leur application, a donné les résultats suivants :

Empois d'amidon.	57
Gomme et craie.	18
Plâtre de Paris, seul.	6
— avec gomme.	1
Gomme seule.	4
Dextrine.	2
Colle forte	2

La crainte de comprimer le membre par l'application immédiate de ces appareils inamovibles est si générale qu'elle est différée depuis quelques jours, pour la disparition du gonflement, jusqu'à cinq et six semaines, c'est-à-dire lorsque la consolidation est presque complète. Sur ce nombre total, sept hôpitaux seulement font exception. On ne retire par là d'autre avantage de l'immobilité que celui d'avancer de quelques jours les mouvements du membre et la marche du blessé. La grande découverte de Seutin n'était vraiment pas nécessaire pour si peu.

Attelles albuminées. C'est pénétré de ce danger de la constriction et en vue de l'éviter que M. Tufnell, de Dublin, a imaginé un nouveau bandage inamovible applicable immédiatement; nouveau, sinon par les matériaux dont il se compose —

il s'agit de 8 blancs d'œufs battus avec 250 grammes de farine — au moins par la manière de l'appliquer. Les bandelettes imprégnées de ce mélange sont, en effet, placées longitudinalement comme des attelles au lieu d'être circulaires. De là, l'innovation, car elle est antérieure à celle de M. Herrgott.

En voici le mode d'application. Le membre fracturé est placé sur un coussin, couché sur le côté interne pour éviter l'éversion du pied, par exemple, dans la fracture de la jambe. Un linge pouvant l'envelopper du haut en bas, est trempé dans l'eau chaude. L'extension et la contre-extension étant faites et la fracture réduite, le chirurgien l'applique immédiatement aussi uniformément qu'un bas. Puis les bandelettes étant coupées de la longueur voulue — du genou aux orteils dans le cas dont il s'agit — une couche épaisse du mélange albumineux est étendu avec un couteau sur une de leurs faces; pliées en double de ce côté, sur leur largeur, elles sont présentées ainsi une à une au chirurgien qui les place méthodiquement l'une près de l'autre et les moule pour ainsi dire sur le membre en commençant à la partie la plus interne du tibia pour finir sur le côté opposé du mollet, recouvrant avec soin le dessus et le dessous du pied et le talon. Quatre à cinq bandes circulaires sont ensuite passées sous le membre pour assujettir, fixer ce bandage qui doit rester découvert jusqu'au lendemain pour en faciliter la dessiccation. (*The Dublin quarterl. Journ. of med. science*, février.)

Mais, on le comprend, ce n'est là que la moitié de la besogne, il faut recommencer le lendemain à faire la même chose sur le côté interne du membre, et pour cela le déplacer, le replacer du côté opposé, c'est-à-dire dans la position recommandée par Pott, ce qui nous semble aussi dangereux qu'incommode. Devant la simplicité des attelles plâtrées, leur bon marché, leur légèreté, leur imperméabilité surtout et la facilité de les changer, de les modifier, ce bandage compliqué du chirurgien irlandais n'aurait plus de raison d'être, si ce n'était l'avantage qu'il lui attribue par sa légèreté et sa solidité, de permettre au blessé, après quelques jours d'application, de remuer le membre à volonté et le changer de place à son aise et même de marcher avec des béquilles. C'est là son unique supériorité, si elle existe, car la constriction n'est pas plus à craindre avec les attelles plâtrées qu'avec les appareils amovibles et, par conséquent, moins qu'avec ces circulaires espacés du bandage inamovible de M. Tufnell. Une loi de la déligation est précisément

d'établir cette compression d'une manière uniforme, graduelle, méthodique sur une certaine surface pour éviter la stagnation des liquides, ce à quoi l'on s'expose en y contrevenant. Le bandage à air libre de M. Glascott Symes, par exemple, décrit ci-après, est surtout défectueux à cet égard par les deux bracelets placés au-dessus et au-dessous de la fracture, lesquels, par la compression inégale en résultant, gênent le cours du sang et provoquent infailliblement cette stagnation. L'amovibilité comme l'inamovibilité n'est dangereuse sous ce rapport que suivant la manière imparfaite, malhabile de l'appliquer.

Bandage gélatino-alcoolisé lacé. C'est la colle forte délayée dans partie égale d'eau chaude et additionnée d'environ une demi-partie d'alcool pour hâter l'évaporation que M. Hamon emploie au lieu de dextrine dans le bandage inamovible. Il y trouve l'avantage du bon marché, de la facilité de préparation, une solidification très-prompte — deux à trois heures au plus — le défaut d'odeur et une résistance considérable. Ce mélange est étendu sur un bandage de Scultet, recouvrant le membre préalablement matelassé d'ouate.

Mais la principale modification consiste, après quelques heures d'application, à fendre longitudinalement ce bandage, et à faire, le long de chacun des bords, des œillets à l'emporte-pièce, dans lequel un lacet est passé comme au corset, ce qui permet de donner au bandage la constriction voulue et de la changer à volonté. Le malade lui-même, dit l'auteur, peut régler la puissance de compression. (*Union méd. de la Seine-Inférieure*, janvier.)

La rigidité d'un tel bandage permet-elle d'exercer, de changer aussi facilement la compression, et en le faisant, n'en provoque-t-on pas la desquamation et bientôt la désunion des parties constituantes? On se le demande et dès lors on doute, à priori, de l'efficacité réelle de cette innovation, tout ingénieuse qu'elle soit. (*Union méd.*, n° 38.) Toutefois, M. Campbell de Morgan, chirurgien de l'hôpital Middlesex de Londres, dit l'avoir employé fréquemment, et s'en être parfaitement trouvé. (*Med. Times and Gaz.*, mai.)

Bandage à air libre. Pour les fractures obliques et comminutives des membres, M. Glascott Symes a présenté à la *Surgical Society* un nouvel appareil consistant en deux larges bandes de cuir ou courroies, qui se placent au-dessus et au-dessous de la

fracture et se lacent sur le membre. Des poches latérales et externes servent à recevoir les extrémités des attelles, qui se fixent sur la courroie au moyen de deux écrous mobiles placés dans une rainure longitudinale de l'attelle. L'extension n'est faite que quand le membre est déjà placé dans l'appareil, de manière à pouvoir le fixer hermétiquement et solidement sans nul autre bandage; de telle sorte que la fracture se trouve exposée à l'air libre. (*Dublin, med. Press*, juin.)

C'est là surtout qu'est l'innovation sinon l'avantage, car on se demande si ces deux liens placés au-dessus et au-dessous de la fracture n'entravent ou ne gênent pas la circulation du membre, et en en provoquant ainsi l'engorgement, en entretenant l'infiltration des tissus, retardent la cicatrisation des plaies, et même la consolidation. Ce sont là autant de dangers qui nous semblent à redouter de cet appareil, en vertu de ce principe de déligation qui veut que la compression soit graduée sur un membre fracturé.

Pansements au plomb. Dans les divisions traumatiques de toute sorte, écrasements, lacérations, M. Burggraeve, chirurgien de l'hôpital de Gand, emploie généralement les pansements avec des lames de plomb comme la contre-partie des appareils ouatés. Après la ouate, il n'a pas trouvé de topique plus doux, plus malléable que le plomb. Il lui a trouvé une action très-marquée sur les plaies dont il accélère la cicatrisation, et c'est ainsi qu'en tout temps, il a été considéré comme résolutif. Il peut ainsi faire de la chirurgie conservatrice dans des cas désespérés en apparence par d'autres moyens. (*Acad. de méd. belge*, octobre 1864.)

Fracture de l'extrémité inférieure du radius. M. Jarjavay est arrivé à diminuer de beaucoup la durée de l'immobilisation du membre en se servant d'un appareil fort simple : deux attelles maintenues par des bandelettes de diachylon, ce qui permet à la main quelques mouvements. Un blessé traité de cette manière à l'hôpital Beaujon n'avait eu le bras dans l'appareil que huit jours, remplacé ensuite par une simple écharpe. Par ce traitement, presque toujours employé avec succès, il n'y a donc plus à craindre l'ankylose du poignet si redoutée de certains chirurgiens, et regardée par d'autres comme illusoire.

Le moyen de réduction qu'emploie le chirurgien de Beaujon n'est peut-être pas très-nouveau, mais il est très-simple et très-efficace. En voici la description :

« L'avant-bras du blessé est placé dans la pronation, et la main pendante tandis qu'un aide fixe le coude. Les quatre derniers doigts de chaque main étant entre-croisés, je place le bord qui correspond aux indicateurs au-dessous de l'extrémité du fragment supérieur, et je porte les pouces, également entre-croisés, sur la face dorsale du fragment carpien. L'extrémité inférieure de l'avant-bras, siége de la fracture, se trouve ainsi embrassée dans un cercle dont la partie postéro-inférieure appuie sur le fragment inférieur. Alors, par un mouvement de pronation des deux mains réunies, je pousse le premier de ces fragments vers la face dorsale de l'avant-bras, le second vers la face palmaire. Je ne crains pas d'employer toute la force nécessaire, et toujours j'ai obtenu de la sorte d'excellents résultats. Le mouvement par lequel je réduis est rapide ; la douleur est de courte durée. Que s'il existe, en même temps, une inclinaison du fragment carpien sur le bord radial de l'avant-bras, au lieu de pousser directement en bas le fragment inférieur, je l'incline en même temps vers le cubitus pour détruire cette déviation. »

Fractures du fémur. Pour éviter le déplacement de la grande attelle externe de Desault, modifiée par Liston, applicable aux fractures obliques du fémur, qui s'opère par le relâchement des liens et la nécessité pour le chirurgien d'y mettre fréquemment la main, le professeur Hughes a apporté récemment la modification suivante dans son service de l'hôpital *Jervis* de Dublin. A une large traverse métallique mobile qui se fixe par des écrous aux deux colonnes des pieds du lit de fer ordinaire d'hôpital, est pratiquée une échancrure profonde dans laquelle est reçue l'extrémité inférieure de l'attelle, placée verticalement. Elle ne fait pas ainsi partie intégrante du lit et ne subit pas tous les mouvements imprimés à la literie, prévient la pression du talon, l'inversion et l'éversion du pied, et surtout le déplacement et le relâchement de l'appareil. Des mortaises sont aussi pratiquées dans la traverse pour recevoir des lacs et maintenir l'extension au besoin. (*Med. Press*, janvier.)

Une condition de fixité semble manquer à cette modification : c'est une mortaise pratiquée à l'attelle de manière à s'engager

dans celle de la traverse métallique. L'immobilité en serait ainsi encore mieux assurée.

Dans le même but, le docteur Légal propose l'appareil suivant dont le mécanisme est encore plus sûr pour la contrextension graduée.

Sur une planche de chêne de 80 centimètres de long sur 10 de large et 2 et demi d'épaisseur, on pratique près de l'une des extrémités, en laissant un espace assez étendu pour ne pas en diminuer la solidité, une ouverture circulaire de 12 centimètres de diamètre; une tige de fer de 1 centimètre de diamètre, munie d'un anneau de clef et d'une roue à cric, traverse horizontalement de part en part la planche dans le diamètre de l'ouverture circulaire. Elle est retenue de l'autre côté par un écrou ; la tige de fer présente au centre une fenêtre d'environ 3 centimètres de longueur, dans laquelle on introduit un ruban très-fort de 40 centimètres de longueur au moins, afin que ses deux bouts, cousus, forment un anneau assez grand ; on noue dans cet anneau les deux extrémités du lac extenseur, et en faisant tourner le treuil on fait l'extension par degrés, à volonté, avec précision, sans secousses. L'appareil doit être préalablement placé aux pieds de la couche. Si le lit est de fer, on met en travers horizontalement, deux planches que l'on attache aux barreaux ; on le fixe verticalement sur ces planches avec deux tire-fonds. Si la couche est de bois, on y fait une ouverture suffisante, et on le fixe de la même manière avec des tire-fonds ; les frais de réparation de la couche, après la guérison, sont peu élevés et insignifiants, eu égard à l'importance du résultat (*Rev. méd.-chir.*, n° 14.)

Bandage à pression limitée. Pour vaincre la saillie du fragment supérieur qui se manifeste souvent dans les fractures de la jambe, M. Anger a fait construire un nouveau compresseur simple dont l'action est limitée et alternative. Il a fait adapter à une gouttière matelassée de Mayor une tringle plate fixée à droite et à gauche, sur laquelle glissent deux arcs très-légers d'acier, trempés en ressort. Deux pelotes légèrement concaves et mobiles sont articulées et fixées sur ces arcs, et servent à comprimer le fragment saillant, alternativement en deux points. Une des pelotes peut rester pendant plusieurs heures, et quand la compression menace d'altérer le fragment, l'autre est appliquée et la première est relâchée pendant le temps voulu. Le

système de pression élastique, si heureusement employé dans le compresseur fémoral de M. Broca, est également appliqué à ces pelotes. (*Acad. de méd.*, mai.)

Appareil à suspension. M. Charrière a de même fabriqué l'appareil suivant inventé par le professeur Smith, du Maryland. Deux tringles de fil de fer de 1 mètre de long, et réunies parallèlement à 6 centimètres d'écartement par deux branches latérales aux extrémités, on leur donne la courbure qui convient au membre fracturé, la jambe ou la cuisse, le bras ou l'avant-bras même; le membre étant enveloppé de tours de bande, on place cette attelle à la partie antérieure où elle est maintenue par cinq bandelettes de diachylon. Des bandes de toile, attachées aux extrémités, se réunissent au ciel de lit ou à une traverse solide fixée au-dessus, et le membre se trouve ainsi suspendu comme dans un hamac. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Le cerceau de M. Larrey pourrait servir au même usage et remplacer avec avantage l'appareil suspenseur. (V. *Traité des bandages*, par Goffres, planche 73.)

Sur plus de 60 blessés venus en 1862 et 1863 à l'hôpital militaire de Bourbonne pour y chercher du soulagement aux inconvénients résultant de consolidations vicieuses, de déformations incroyables à la suite de fractures de la jambe, M. Cabasse a constaté chez les deux tiers que, dans les fractures qui ont lieu au-dessous de la partie moyenne, c'est à peu près d'une manière constante le fragment supérieur qui proémine et fait saillie à la partie interne. Quant, au contraire, elle a lieu à la partie supérieure, c'est le fragment inférieur qui fait saillie, et souvent d'une manière si prononcée que cette pointe osseuse menace de perforer la peau au moindre choc, d'où résulte une grande gêne et parfois de la douleur pour la marche. (*Mém. de méd. et de chir. mil.*, août.)

Fractures du tibia. La difficulté du diagnostic, déjà signalée l'année précédente, est exemplifiée de nouveau par trois cas relatés par M. Boulian. C'est lorsque le choc est direct et qu'il ne se produit aucun déplacement. Tous les signes positifs manquent alors; souvent même les blessés peuvent rester debout. Dans ces trois cas, la fracture siégeait à la partie supérieure et résultait d'un coup de pied de cheval. Une plaie contuse en est alors le seul signe, la crépitation, la mobilité, ne sont

souvent constatées que plusieurs jours après. Mais l'exploration de la plaie avec le stylet permet d'en acquérir parfois la certitude immédiatement, et la sortie des esquilles en est la meilleure preuve. (*Rec. de mém. de méd. et chir. militaires*, janvier.)

Fractures chez les enfants. *Disjonction des épiphyses.* Dans l'espace de 7 années, sur un total de 4335 enfants de deux à quinze ans reçus à l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Marjolin a rencontré 600 fractures dont 469 pour 2435 garçons, soit 926 : 100, et 131 pour 1900 filles, soit moins de 7 : 100. Sur ce nombre, 196 existaient à l'avant-bras, dont 165 chez les garçons et 31 seulement chez les filles, savoir :

	Garçons.	Filles.
Du radius.	57	4
Du cubitus.	6	3
Des deux os.	102	24

Sur ce nombre assez considérable, jamais M. Marjolin n'a rencontré de disjonction épiphisaire, bien que plusieurs résultassent de contusions directes très-violentes; 5 à 6 fois seulement il y avait pénétration des fragments. C'est donc là un accident extrêmement rare. (*Soc. de chirurg.*, décembre.)

FURONCLE. **Furoncle de la face.** Les accidents terribles, mortels, auxquels il donne lieu, et sur lesquels l'attention a été attirée récemment par les observations réunies et condensées dans la thèse de M. Nadaud (*Thèses de Paris*, 1864), sont confirmés par deux nouveaux cas observés à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Laugier. Deux jeunes gens de quinze et vingt-deux ans en sont les sujets. Le furoncle siégeait sur le sourcil gauche, près du nez, chez l'un; à la tempe droite, chez l'autre. Tous deux ont succombé. L'autopsie a montré l'inflammation des veines ophthalmiques dans toute leur étendue, avec du pus à l'intérieur et dans les méninges.

L'enseignement de ces faits est donc de prévenir cette extension mortelle de l'inflammation par contiguité au moyen d'un traitement énergique, et peut-être de l'incision prématurée de ces furoncles. La prudence en fait une règle absolue. (*Gaz. hebd.*; n° 21.)

L'usage du goudron, suivant M. Hardy, est le meilleur moyen de prévenir les furoncles qui se développent conjointement avec les affections cutanées aiguës, comme le zona, le strophulus,

l'eczéma, etc. On en prend 3 à 4 verres par jour aux repas, mêlé au vin.

G

GALAZYME. Boisson légèrement acidulée, gazeuse et alcoolisée, qui mousse, pétille et enivre comme le champagne, résultant de la fermentation du lait d'ânesse dont elle contient tous les principes constitutifs. Rien d'étonnant dès lors qu'elle produise une sorte d'ébriété calme, un peu loquace, et consécutivement une grande quiétude de corps et d'esprit. C'est en recherchant les causes de l'immunité des tribus nomades des steppes de la Russie orientale pour la phthisie, et en l'attribuant en partie à l'usage presque exclusif qu'ils font du lait de jument ou *kumis* (koumiss) bu pendant qu'il est en fermentation, que M. Schnepp a été conduit à imiter cette préparation avec le lait d'ânesse soit seul, soit mélangé au lait de vache ou même au lait de beurre.

Il serait superflu de décrire le mode spécial de faire cette préparation dont l'effet salutaire paraît dû autant au climat, à l'exercice, qu'au médicament lui-même. Le mode d'administration est de même soumis à des règles particulières suivant l'état des malades et leur disposition à le supporter.

Un des effets les plus remarquables de son emploi chez quelques phthisiques a été une augmentation de poids rapide et considérable constatée par des pesées successives. Ainsi, un phthisique de trente et un ans a augmenté graduellement de 2300 grammes en 37 jours ; un autre, de vingt-deux ans, de 2550 en 35 jours. Deux autres phthisiques, offrant les signes de la fonte tuberculeuse, ont augmenté : la femme, de 2500 grammes en 25 jours, et l'homme de 6700 en 39 jours. Une femme chlorotique de vingt et un ans a augmenté aussi de 2500 grammes en 38 jours. Il est donc évident qu'elle renferme de puissants éléments de nutrition et favorise l'assimilation à un très-haut degré.

C'est ainsi qu'elle apaise la soif et excite l'appétit. Fraîche, elle amène le dévoiement et tous les désordres qui en sont la conséquence, mais qui cessent dès qu'on l'administre à un degré de fermentation plus avancé. Elle est manifestement diurétique. Le pouls se modifie. (*Acad. des Sciences.*)

GALE. *Pétrole.* Essayée sur 40 galeux à l'Antiquaille de Lyon, elle n'a amené la guérison qu'avec la friction prélimi- naire au savon noir. Un bain entre les deux frictions est un précieux auxiliaire. (*J. de méd. de Lyon*, février.)

N'est-ce pas ainsi qu'elle a réussi dans un cas rebelle au traitement de M. Hardy? (*Bull. de thérap.*, n° 6.)

Les expériences faites par M. Lailler, à Saint-Louis, ont montré que des onctions seules ne suffisent pas toujours à dé- uire immédiatement l'acarus. Des frictions deviennent néces- ires et elles déterminent de l'érythème. Ce n'est donc pas un oyen aussi avantageux que les premiers expérimentateurs ont avancé. (*Société méd. des hôp.*, mai.)

En Italie, l'huile de pétrole a été trouvée préférable à la édication soufrée par le docteur Marroni, à l'hôpital de Pé- use. Sur 162 galeux traités du 1er janvier au 30 avril, 145 rent guéris, savoir : 65 par la médication soufrée et les bains 1232 jours de traitement, soit 19 jours pour chacun, et 80 r l'huile de pétrole en 1006 jours, soit 12 jours et demi seu- nent. Il y a donc avantage de temps et d'argent à l'employer algré l'inconvénient de son odeur.

Pour le professeur Gamberini, de Bologne, au contraire, uile de pétrole ne convient que dans les cas récents, sur les aux fines et douces, à détruire la vésicule psorique et à tuer carus. Dans tous les autres cas, la pommade d'Helmeric ait préférable. (*Imparziale*, n° 13.)

D'après le relevé statistique des galeux frictionnés au traite- nt externe de l'hôpital Saint-Louis, de 1859 à 1864, il ré- te non-seulement que le nombre des galeux s'est élevé de 83 à 5702, mais que les récidives de 2,1 pour 100 ont aduellement monté à 3,5 pour 100 (*Soc. méd. des hôp.*, i). Quelle que soit donc la cause de ce résultat, augmenta- n de la population ouvrière, absence d'hygiène, insuffisance traitement ou affluence des galeux à Saint-Louis, le fait n est pas moins certain et déplorable.

ANGRÈNE. Gangrène pulmonaire. MM. Steiner et reutter en ont observé 24 cas chez des enfants placés à pital Joseph : 14 garçons et 10 filles, la plupart âgés de six et tous atteints primitivement de maladies graves, le plus vent des voies digestives ou respiratoires. Elle siégeait 10 à gauche, 7 fois à droite et 7 fois dans les deux poumons,

localisée 10 fois à un lobe inférieur, 4 fois aux deux, 4 fois aux lobes supérieurs, et simultanément dans plusieurs à la fois dans les autres.

Dans 20 cas, elle était circonscrite, la forme diffuse n'a été observée que 4 fois.

Parmi les symptômes, l'odeur spéciale de l'haleine a pu être seule considérée comme réellement caractéristique. L'expectoration a d'autant moins de valeur ici que les enfants ne savent pas expectorer. Mais il faut se rappeler que la stomatite gangréneuse, la gangrène de la bouche ou du pharynx produisent la même odeur.

Il n'y a eu d'hémoptysie que dans les cas de tubercules ou de cavernes pulmonaires, preuve qu'au lieu de s'exclure, le tubercule et la gangrène coïncident assez fréquemment.

Tous ces enfants sont morts, bien que chez 4 la gangrène se soit développée consécutivement à une fièvre éruptive. (*Prager Vierteljahrs.*, 1864.)

Gangrène d'hôpital. M. Packard dit que les cas les plus graves sont heureusement traités en recouvrant la surface de la plaie, après l'avoir nettoyée, de poudre de sucre blanc ou de toute autre substance non oxydable. (*Am. Journal of med. science*, janvier.)

Gangrène de l'utérus. Voy. UTÉRUS.

GARGARISME. » Pour se gargariser de la manière la plus convenable, dit M. Guinier, il faut simplement : relever légèrement la tête, ouvrir modérément la bouche, avancer le menton et la mâchoire inférieure, émettre ou avoir l'intention d'émettre le son de la double voyelle *œ*. La simultanéité et la concordance de ces quatre mouvements ouvrent largement l'arrière-bouche, relèvent le voile du palais et la luette, éloignent la base de la langue de la paroi postérieure, et permettent au liquide de s'introduire en vertu de son propre poids jusque dans la cavité du larynx.

» La gargarisation dure ainsi tout le temps d'une longue expiration, et l'inspiration est impossible. Quiconque respire, en se gargarisant, opère mal ; quiconque ne peut respirer opère bien.

» Un très-court exercice est nécessaire quelquefois pour apprendre à se gargariser ainsi, sans avaler une goutte de liquide;

moins on relève la tête, moins on éprouve le besoin d'avaler, et l'on peut de la sorte l'annihiler tout à fait ; plus, au contraire, on relève la tête en arrière, moins on est maître de sa déglutition, et l'on avale inévitablement quelque partie du gargarisme. C'est ainsi que de nombreux baigneurs se gargarisent, dans la grande salle de gargarisation de la Raillière à Cauterets, pour la plus grande utilité de leur muqueuse laryngée. » (*Gaz. des hôpit.*) Voy. Déglutition.

GAZÉOL. L'analyse démontre que les émanations de l'épuration du gaz de l'éclairage se composent de principes curatifs qui, suivant M. Burin du Buisson, doivent être considérés comme puissants ; de principes inertes et aussi de principes nuisibles.

Le gazéol, synthèse des principes qui, jusqu'à ce que l'expérience chimique ait prononcé, paraissent devoir être présentés comme principes curatifs, reproduit intégralement, dans la chambre d'un malade, les émanations complexes que des expériences isolées pour chacun des composants semblent prouver être les vrais agents de guérison dans l'atmosphère des épurateurs. Ce corps peut être employé sans aucun danger en tout lieu, en tout temps, et se conserve sans altération.

Si l'expérience sanctionne cette opinion, une médication qui n'était qu'une curiosité thérapeutique deviendra un remede raisonné, usuel, applicable, sans difficulté et à bas prix, à plusieurs affections des voies respiratoires.

Le gazéol a pour base ou véhicule l'ammoniaque brune des usines à gaz à 20 degrés, il suffit de le placer, à la dose de 10 à 20 grammes, sur une assiette ou une soucoupe pour que, s'évaporant spontanément à la température de 20 à 24 degrés centigrades, il reproduise dans une pièce close, la chambre du malade même, l'atmosphère ambiante des matières épuratrices saturées, que le médecin peut, soit prolonger, soit activer, soit enfin faire cesser à son gré. Voy. Coqueluche.

GLOBULIMÈTRE. Voy. Sang.

GOEMINE. Matière mucilagineuse obtenue par décoction du *Fucus crispus*, ou carragaheen, ou goëmon. Pour l'obtenir pure, M. Blondeau fait bouillir pendant plusieurs heures le *Fucus crispus* dans de l'eau distillée et précipite par l'alcool la

substance mucilagineuse résultant de cette décoction. Redissoute dans l'eau et évaporée au bain-marie, elle donne des plaques minces, transparentes, élastiques, présentant l'aspect de lames d'ichthyocolle, et qui se gonflent et se ramollissent lorsqu'on les met en contact avec l'eau froide.

Cette *goëmine* qui, dans cet état, n'est certainement pas une substance pure, est sans odeur ni saveur; elle est neutre aux papiers réactifs et se dissout complétement dans des liqueurs alcalines. Soumise à l'analyse, elle a donné les résultats suivants : carbone 21,80 ; hydrogène, 4,8 ; azote, 21,36 ; soufre, 2,51 ; oxygène, 49,46.

Si l'on s'en rapportait uniquement à la quantité d'azote que renferme la matière mucilagineuse du *Fucus crispus*, on serait tenté de la considérer comme très-nutritive. Elle est, en effet, plus azotée que les diverses substances albuminoïdes du règne végétal et animal, qui contiennent tout au plus 16 pour 100 d'azote; elle l'emporte même, sous ce rapport, sur la gélatine ; mais on sait que cette dernière, quoique très-azotée, ne possède pas une puissance nutritive en rapport avec la quantité d'azote qu'elle renferme. M. Blondeau croit avec juste raison qu'il en est probablement de même du mucilage du goëmon. Des expériences seules peuvent décider cette question. (*Journ. de pharm. et de chim.*)

GOITRE. *Broiement.* Nouveau moyen employé dans un seul cas par M. le professeur Billroth, à l'hôpital cantonal de Zurich, chez une femme de trente-deux ans, présentant une tumeur de 9 centimètres de long sur 6 de large, soudée à la trachée, ayant résisté au traitement iodé, et produisant une dyspnée considérable avec raucité de la voix. Prévoyant que le déchirement sous-cutané, le broiement des tissus amènerait un épanchement sanguin qui assimilerait ainsi la tumeur au goître enkysté, il pratiqua à quatre reprises, du 9 novembre au 30 avril, l'opération suivante : Un trocart de moyen calibre est enfoncé dans la tumeur, et, le poinçon retiré, on fait décrire à la canule des évolutions en tous sens dans le tissu glandulaire, en les étendant graduellement et de plus en plus. C'est, comme on le voit, l'analogue du broiement préconisé dans les tumeurs érectiles par Marshall Hall. Un morceau de taffetas ou un bandage compressif au collodion est ensuite appliqué sans qu'il s'ensuive aucune réaction inflammatoire. Une injection de

4 grammes de teinture d'iode ayant été pratiquée, détermina bientôt la fluctuation. Dès lors, la tumeur est ouverte de haut en bas et donne issue à un liquide épais, crémeux, mêlé de caillots sanguins. La suppuration s'empare de l'intérieur, et ce n'est qu'au prix d'un érysipèle, qui s'étend en peu de temps à la poitrine et au dos et fait courir les plus grands dangers à la malade, qu'elle est débarrassée de cette tumeur, après un traitement de neuf mois (*Gaz. des hôp.*, n° 27.)

En présence de ces résultats, on se demande s'il est prudent, rationnel, de répéter une telle opération. La méthode des injections substitutives de M. Luton nous semble préférable, moins dangereuse. « Employée dans trois cas de ce genre, elle a produit une inflammation franche, légère, non suppurative, et une résolution lente. (*Union médicale*, n° 152, 1863.) D'après l'exemple précédent, nous croyons qu'il serait au moins judicieux de comparer ces deux méthodes.

Excision partielle. De même de ce moyen, que le docteur King tend à remettre en honneur en Angleterre dans les cas spéciaux où l'hypertrophie de la thyroïde existe surtout dans l'isthme, et se projette sur la partie supérieure de la trachée. Il distingue cette forme, dont il rapporte trois exemples, d'après les accidents d'asphyxie qui en résultent, malgré le peu de volume de la tumeur. La suffocation était telle chez une femme de quarante-deux ans, n'ayant qu'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, immobile, placée devant la trachée et en suivant les mouvements, que, pour éviter l'asphyxie imminente, il dut pratiquer la trachéotomie, suivie de mort le troisième jour.

C'est alors qu'il résolut de tenter, à l'avenir, l'excision partielle de la glande. Il la pratiqua le 13 novembre dernier, chez un garçon de vingt et un ans, portant, outre les deux lobes latéraux hypertrophiés depuis longtemps, une tumeur médiane croissant depuis un an, grosse comme un œuf d'oie, mobile et qui gênait considérablement la respiration. Des phénomènes d'asphyxie se manifestant par la lividité de la face, l'insensibilité de la peau, il fit une incision longitudinale sur la ligne médiane de la tumeur, et, après avoir disséqué la peau et ouvert la capsule, il l'énucléa avec le manche du scalpel, de manière à passer de grosses ligatures autour de chaque côté de la tumeur centrale et de l'exciser. Mais, malgré cette excision considéra-

ble, l'asphyxie persistant, il dut recourir encore à la trachéotomie, et l'opéré succomba de même le deuxième jour.

Il fut plus heureux dans le troisième cas, opéré le 31 janvier dernier, en énucléant chaque tumeur lobulée séparément et en l'excisant après avoir jeté une ligature sur l'artère principale. Tous les signes d'asphyxie se dissipèrent et la plaie se cicatrisa parfaitement. (*British med. Journ.*, juillet.) Mais un tel succès, au lieu d'encourager à renouveler cette opération, ne fait que confirmer la défaveur dans laquelle elle est tombée et qu'elle mérite.

Goitre exophthalmique. *Galvanisation.* L'opinion d'Aran, qui le regardait comme une névrose du grand sympathique, a trouvé un certain appui dans deux faits où le docteur Benedikt, avait employé avec succès la galvanisation de ce nerf. Sans être concluants, ces faits permettent d'expérimenter ce moyen curatif toutes les fois qu'il peut être supporté (*Osterr. Zeitschr für. prakt. Heilkunde*, avril.)

GOUTTE. Les acides organiques qui entrent dans l'alimentation habituelle, principalement sous forme de fruits, de légumes, de boissons, etc., sont les acides malique, lactique, citrique, tartrique, acétique, oxalique, etc., combinés avec la potasse et la soude. Ce sont donc des sels à base d'acide organique et non des acides libres.

Introduits dans l'économie, ils subissent dans le sang une oxydation rapide, et sont transformés en acide carbonique et en eau ; on les retrouve en partie dans l'urine à l'état de carbonates alcalins. Ils ont donc pour premier effet de rendre l'urine alcaline (Lehmann, Golding Bird). Cette oxydation des acides organiques a lieu très-rapidement, à l'exception toutefois de l'*acide oxalique*, car, ingéré, une partie s'en retrouve dans l'urine à l'état d'oxalate de chaux.

Cette question des oxalates de l'urine est par elle-même assez complexe, selon M. Durand-Fardel. Il est, en effet, hors de doute que l'acide oxalique que l'on retrouve dans l'urine ne dépend pas entièrement, exclusivement de l'alimentation : c'est un produit de dédoublement des matières ternaires, intermédiaire à leur transformation ultime en acide carbonique et en eau. Il peut donc provenir en partie des combustions organiques.

En l'écartant, peut-on admettre que *dans tous les cas* les acides organiques ingérés augmenteront l'alcalinité de l'urine? Non, dans tous les cas, mais le plus souvent ce résultat est obtenu. Quand l'assimilation ne se fait qu'incomplétement, une partie des acides ingérés peut échapper sans doute aux transformations ultérieures et apparaître dans l'urine. C'est, si l'on peut s'exprimer ainsi, une sorte de lienterie urique ; mais ces cas, tout à fait exceptionnels, ne se rencontrent pas plus chez les goutteux et graveleux que chez d'autres malades.

Il est donc tout à fait irrationnel de proscrire, comme on le faisait autrefois, dans le régime des malades graveleux, tout ce qui, comme aliments ou boissons, pouvait renfermer des acides organiques. Au contraire, l'usage d'une alimentation rafraîchissante, de fruits rouges en particulier, est tout à fait salutaire au plus grand nombre de ces malades.

Admettant à priori que l'usage diététique des acides organiques augmente la quantité d'acide urique dans l'urine, Reveil propose, pour expliquer ce fait, la théorie suivante qui séduit de prime abord par son ingénieuse simplicité, et par cela même, a besoin d'être sérieusement reprise.

Admettant que les acides s'oxydent dans le sang, il en conclut qu'il prive par cela même le sang d'une partie de son oxygène, nécessaire aux combustions ultérieures, et que, cet oxygène manquant, la désassimilation se trouve arrêtée au terme de l'acide urique. Or, ce n'est pas l'oxygène qui manque aux combustions organiques, lorsqu'elles se font incomplétement, c'est l'aptitude à cette désassimilation qui fait défaut. Aussi, l'objection qui en résulte pour l'usage des fruits acides n'a-t-elle point toute la portée que Reveil lui attribuait. (*Bull. de thérap.*, avril.)

Goutte chronique. *Acide chlorhydrique dilué*. Le docteur Duncan l'a récemment essayé, avec un très-grand succès, à l'infirmerie de Dublin, dans des cas de goutte chronique et atonique, pour le plus grand nombre. Il n'y a plus, en Irlande comme dans le reste du Royaume-Uni, à invoquer comme étiologie de la goutte, l'alimentation très-azotée, l'abus des liqueurs fermentées. Ainsi que le fait remarquer l'auteur, la misère proverbiale en Irlande ne permet guère d'observer que la *goutte des pauvres*.

Ces considérations étaient nécessaires pour comprendre l'ac-

tion du médicament ; ces cas de goutte atonique sont bien évidemment liés à des troubles profonds de nutrition. En donnant l'acide chlorhydrique, on se propose moins de détruire l'acide urique en excès dans le sang, que de rétablir la nutrition, pour éviter sa reproduction en excès.

Quelle que soit la manière dont survient cette diminution de l'acide urique préformé, elle est capitale, surtout si l'on admet, conformément aux idées de Garrod, que l'essence même de la goutte est dans le rein qui perd la propriété d'excréter l'acide urique, lequel s'accumule alors dans le sang et dans les organes. Il est bien évident que cet arrêt n'est que momentané, c'est une suspension de la fonction, laquelle se rétablit après l'accès, et la meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est que la quantité d'acide urique sécrétée par les urines, diminue pendant l'accès.

Donné ainsi, l'acide chlorhydrique dilué paraît agir en rétablissant la nutrition, les actes réguliers et normaux d'assimilation et de désassimilation, comme reconstituant en un mot. Voy. *Dictionnaire* 1864. Il agit encore comme diurétique. Employé d'une façon continue, il peut être très-utile à ce double point de vue. (*Dubl. quarterley Journal*, mai.)

Il y a cependant des cas de goutte atonique avec dyspepsie gastralgique, et où l'emploi d'acides minéraux, même à très-faibles doses, est entièrement contre-indiqué. C'était là ce que l'auteur aurait dû élucider pour donner quelque valeur à son travail qui reste incomplet et presque inutile sans ces indications pratiques.

La goutte et les eaux minérales, par J. Quissac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, conservateur du musée anatomique. In-8° de 150 pages.

GRANULIE. *De la granulie ou maladie granuleuse*, connue sous les noms de fièvre cérébrale, de méningite granuleuse, d'hydrocéphale aiguë, etc., par G. S. Empis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc. 1 vol. in-8°.

Traité in-extenso avec observations cliniques et microscopiques à l'appui de cette nouvelle interprétation nosologique du tubercule naissant, dont le résumé a été fait dans le *Dictionnaire* de 1864.

GRAVELLE Voici les indications posées par M. Durand-Fardel pour la combattre :

1° Prévenir la formation des graviers en rétablissant l'assimilation des principes albuminoïdes ou azotés. A cet effet, activer l'hématose pulmonaire et cutanée, la circulation sanguine où s'opèrent les transformations organiques et les sécrétions, est la direction la plus salutaire pour toutes les diathèses d'arriver à ce but. Les eaux de Vichy agissent dans ce sens plutôt que par une action spéciale.

2° Introduire le moins possible de principes albuminoïdes dans l'économie. Un régime sévère végétal, aqueux, viandes blanches, suffit dans plusieurs cas pour amener la guérison ; mais, chez certains malades, il ne peut être aussi absolu ; l'essentiel est d'éviter les stimulants. L'exercice, dans toutes ses formes, est un auxiliaire puissant.

Les eaux minérales bicarbonatées sodiques, dont Vichy est le type, Vals, le Boulon, Vic-sur-Cère, Vic-le-Comte, Ems, sont indiquées. Par ses propriétés purgatives, Carlsbad convient dans des cas particuliers. Contrexéville, n'agissant que par la grande quantité que l'on peut en boire et en lessivant, pour ainsi dire, les voies urinaires, convient surtout dans les cas de douleurs rénales, les coliques néphrétiques et de catarrhe des reins. Elles sont spécialement indiquées, dans ce cas, comme celles de Pougues, d'Évian et les eaux sulfureuses dégénérées des Pyrénées-Orientales, la Preste, Molig, Olette, etc. Celles de Vichy ne doivent être employées que consécutivement après la disparition de ces accidents pour agir sur la diathèse et assurer la guérison. (*Bull. de thérap.*, mai.)

GROSSESSE. *Rétroversion complète.* Chez une multipare, les bains, la position, n'ayant amené aucun résultat, M. Sarraméa introduisit la main dans le vagin et, en exerçant quelques pressions modérées, obtint immédiatement le redressement. Aussitôt cessa l'impossibilité d'uriner et d'aller à la garde-robe.

Dans un cas analogue, M. Dubreuilh fut obligé d'introduire également la main dans le vagin ; il souleva peu à peu l'utérus qui bascula tout à coup, et tous les accidents de rétention cessèrent aussitôt. (*Soc. méd. de Bordeaux*, oct. 1864.

Selon une observation de M. le docteur Gros, la rétroversion, se manifestant au debut même de la grossesse, peut être

guérie par la simple position sur le ventre, confirmant par ce fait plusieurs observations antérieures. (*Bull. de thérap.*, décembre.)

Flatulence. Ce symptôme est avantageusement combattu en Angleterre, d'après la *Lancet*, avec la prescription suivante :

Bicarbonate de potasse.	8	grammes
Teinture composée de cardamome	24	—
id. de rhubarbe.	24	—
Esprit aromatique d'ammoniaque.	12	—
Eau de menthe poivrée.	250	—

Un 6e une ou deux fois dans les vingt-quatre heures.

Vomissements incoercibles. Un exemple relaté par M. Guéniot (in *Gaz. hebd.*, n° 19) est de nature à en faire rechercher scrupuleusement la cause organique avant de provoquer l'accouchement prématuré. Il s'agit d'une multipare de trente-quatre ans, qui se présenta à la Clinique, le 21 janvier 1865, enceinte de huit mois, avec un certificat de deux médecins constatant qu'elle est atteinte de vomissements incoercibles survenus à cinq mois et demi, se répétant quatre ou cinq fois par jour, sans de grands efforts, le matin à jeun et après le repas, et réclamant l'*avortement provoqué* comme l'unique moyen d'y mettre un terme.

Il suffit à l'habile chef de clinique de constater qu'ils avaient dépassé le terme ordinaire où ils sont purement sympathiques de la grossesse, c'est-à-dire la première moitié, pour rechercher la cause organique de ces vomissements qui, selon lui, ne sont que très-rarement idiopathiques dans ce cas. De vives douleurs au sinciput, avec exacerbations nocturnes, vertiges et troubles de coordination des mouvements, en étaient assez pour faire diagnostiquer une tumeur intra-crânienne et attendre le terme de l'accouchement. Celui-ci s'effectua le 29 janvier ; l'enfant était vivant, mais la mère succomba le 31, et l'autopsie montra une série de tumeurs tuberculeuses du cervelet qui avaient donné naissance et entretenaient les vomissements. Ce fait a ainsi un double enseignement au point de vue de l'obstétrique et du diagnostic si difficile des lésions du cervelet.

Au contraire, M. le professeur Giordano (de Turin), ne regarde les lésions organiques, constatées et regardées comme la cause de ces vomissements, que comme des complications exceptionnelles et étrangères à cet accident. La cause en est dynamique et lui paraît résider dans l'*hérédité cancéreuse*. Les deux seuls cas qu'il en a observés pouvaient du moins être rap-

portés à cette étiologie toute nouvelle. Les femmes ressentaient depuis quelque temps ce penchant marqué au coït caractéristique de la prédisposition cancéreuse des organes de la génération. Une certaine résistance originelle ou acquise, absolue ou relative, à la distension utérine, peut en être la cause et donner lieu à ces vomissements incoercibles, de même que l'irritation du fond de la matrice par le produit de la conception les produit sympathiquement. (*Union méd.*, n° 99 et suiv.)

Mort du fœtus par oblitération de la veine ombilicale. Ce genre de mort, extrêmement rare, a été constaté par M. Cavasse chez une bipare qui était enceinte de huit mois lorsque, sans accidents d'aucun genre et après trois mois de mouvements actifs du fœtus, ceux-ci devinrent moins fréquents et moins vifs, puis cessèrent entièrement en même temps que les battements cardiaques. Le ventre s'affaisse un peu, le corps de l'utérus se ramollit et se dilate, et une vingtaine de jours après, a lieu l'accouchement d'un fœtus mort qui se présente par les pieds.

Le liquide amniotique est noir; le fœtus n'est nullement putréfié, mais il a l'apparence d'un fœtus de cinq à six mois. Aucune altération apparente du placenta, cordon de longueur normale, d'un volume et d'une texture ordinaires jusqu'à 2 centimètres de l'ombilic. A ce point, il diminue brusquement de volume, comme l'a montré la pièce anatomique, il perd son pparence variqueuse, et de cordon ombilical devient cordon ibreux, blanchâtre, sans sinuosités, gros comme le tuyau d'une etite plume à écrire; pressé entre les doigts, il donne la senation d'une matière fibrineuse. La peau de l'abdomen s'avance rès-exactement autour de ce cordon; par l'ouverture ombilicale u'elle circonscrit, on ne pourrait pas introduire une sonde de emme.

La section de ce cordon, à 1 centimètre du point où comnence le rétrécissement, montre dans la veine ombilicale un aillot fibrineux rouge et mou jusqu'au point rétréci, fibrineux, lanc et plus dur dans le rétrécissement dont il a la forme, et u'il occupe dans la moitié de son étendue. Accolé aux parois e la veine, il s'en détache sans peine et laisse voir que les tères ombilicales sont normales, et que le rétrécissement orte exclusivement sur la veine. La lumière de ce vaisseau st à peine le tiers des endroits non rétrécis, les parois n sont épaisses, la face interne est encore brillante, un peu

dépolie. Point de gélatine de Warton entre les vaisseaux.

Débarrassée de son caillot, cette veine est parfaitement perméable et reçoit parfaitement un stylet qui pénètre dans le canal veineux, un peu moins ample que d'habitude, mais sans caillots. Le foie est petit, non gorgé de sang, d'un jaune brun clair. Il n'est pas graisseux et ne présente aucune altération de structure. (*Gaz. des hôp.*, n° 37.)

Il s'agit ici d'une phlébite adhésive qui a commencé quelque temps avant la mort comme l'indique l'état local et celui du fœtus. Et comme la veine ombilicale est unique et ne peut être suppléée dans ses fonctions, la mort a dû s'ensuivre fatalement. Il est même remarquable que le fœtus ait pu vivre aussi longtemps après son développement, ce qui fait espérer que cette maladie en ne se développant que peu de temps avant le terme de la grossesse permettrait au fœtus de naître encore vivant, quoiqu'il ait été constamment trouvé mort, dans les dix-neuf observations analogues citées par le docteur Bley, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1860, n° 128), le seul qui se soit occupé de ce sujet parmi les accoucheurs modernes.

Grossesse abdominale enkystée. Elle s'offrit au docteur Van Peene (de Gand), chez une tripare à terme de trente-deux ans, qui avait fait une chute au début de sa grossesse et éprouvé divers accidents durant son cours. A l'examen, le ventre représentait deux saillies dont l'une, supérieure et volumineuse, large, arrondie, occupait toute la capacité abdominale; l'autre, petite, ovoïde, reposait immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne. La première, dépressible, d'une matité absolue, fluctuante, était le siége d'un bruit de souffle très-superficiel à droite et d'un véritable frémissement cataire ; les bruits du cœur étaient perçus à gauche. Le toucher vaginal révélait une tumeur arrondie, un peu engagée au détroit supérieur et recouverte d'une paroi épaisse, lisse et molle. Entre cette tumeur, siége de contractions manifestes, et la symphyse, se trouvait le col de l'utérus dont l'orifice interne était entr'ouvert et ramolli. Le cathétérisme vésical n'ayant rien modifié, l'auteur pensa dès lors à une grossesse extra-utérine qui fut confirmée par le cathétérisme utérin et l'examen de plusieurs confrères. On prescrivit l'opium avec succès pour faire cesser les contractions; mais elles reparurent après quelques heures et il fut résolu, — la partie qui se présentait au détroit supérieur étant

tellement accessible, que l'on diagnostiqua une présentation du sommet, — d'extraire l'enfant par élythrotomie dès le lendemain. Mais lorsqu'on se réunit pour opérer, l'enfant avait cessé de vivre, le ventre était affaissé. Dès le lendemain, la péritonite éclata avec violence et la femme succomba le deuxième jour.

L'autopsie confirma une grossesse abdominale parfaitement enkystée. L'épaisseur des parois du kyste était en haut de 3 à 4 millimètres et de 1 centimètre en bas adhérant au péritoine, l'épiploon, la matrice, le diaphragme, les intestins, la vessie et la paroi postérieure du vagin. Les ovaires, les trompes et les ligaments larges adhéraient à la partie antérieure. La rupture s'en était opérée spontanément sous l'influence des contractions, en déterminant la mort de l'enfant et une péritonite foudroyante par l'épanchement de sang noir. L'enfant était bien développé, la tête surtout était volumineuse, comme dans l'hydrocéphalie, ce qui avait fait prendre une présentation du siége pour celle du sommet. Le cordon était épais, long, fortement congestionné. Volume énorme du placenta (*Soc. de méd. de Gand*, mars.)

L'enseignement de ce fait rare est si éclatant qu'il semble à peine nécessaire de le signaler. Opérer de suite était certainement la plus pressante indication dans ce cas d'un enfant à terme, vivant, accessible par le vagin. En de telles conditions, le doute sur la formation primitive ou secondaire de la grossesse abdominale, c'est-à-dire sur l'existence d'une membrane kystique, n'autoriserait guère l'expectation, ce savoir suprême dans l'accouchement normal On devrait même recourir à la gastrotomie, si le kyste proéminait davantage vers les parois abdominales, aujourd'hui surtout que l'ovariotomie en montre l'innocuité relative. Si la puerpéralité la rend plus grave, il y a aussi un double motif d'agir : ce sont deux vies à sauver au lieu d'une, et c'est là assurément une considération qui ne permettait pas de temporiser dans le cas actuel sinon dans le suivant :

Une femme ayant subi l'hystérotomie un an auparavant, était au huitième mois d'une nouvelle grossesse, lorsqu'elle se heurte le ventre contre un corps dur. Cessation immédiate des mouvements de l'enfant, et peu de jours après, apparition de douleurs avec écoulement vaginal. Le docteur Hillmann, de Bonn, ne put atteindre le col utérin ni percevoir les bruits du cœur de l'enfant, mais l'absence d'accidents le détermina à attendre. Huit jours après, une couleur érythémateuse de la peau

apparut dans la région iléo-cæcale avec sensibilité et œdème au toucher, accompagnée de fièvre et suivie d'évacuations intestinales sanguinolentes. Au quinzième jour, abcès entre l'ombilic et la symphyse avec issue spontanée de liquide amniotique fétide. Par l'ouverture, le doigt perçoit le corps du fœtus immédiatement derrière les parois abdominales, et il suffit de l'agrandir pour en faire l'extraction. C'était un garçon de huit mois environ, mort et putréfié, entortillé dans le cordon. Le placenta adhérait intimement entre la paroi abdominale et l'utérus ; il fut détaché difficilement. Néanmoins, la femme guérit parfaitement et les règles reparurent sans que l'expulsion des membranes amniotiques ait été constatée. (*Berl. Klin. Wochenschr.*)

Des faits analogues, résultant soit de la rupture de l'utérus, soit d'une grossesse extra-utérine où le fœtus, enkysté ou non, séjourne en entier ou en partie dans l'abdomen pendant des mois et même des années, ne sont pas très-rares. Le professeur Baeza vient d'en rapporter encore deux *in Siglo medico*, mai. Dans l'un, des fragments osseux furent extraits simultanément par le vagin et une ouverture spontanée de l'abdomen, laquelle devint bientôt un vrai cloaque donnant issue à des matières fécales, des urines et du sang. Néanmoins, cette malheureuse femme resta ainsi un an environ sans menstrues, s'affaiblissant de plus en plus jusqu'à son entrée à l'hôpital de Santiago. Il suffit d'agrandir l'ouverture abdominale pour extraire les débris osseux du fœtus recouverts d'une épaisse couche de substance calcaire, et malgré de nombreuses adhérences, tous les accidents cessèrent bientôt ; la fistule urinaire seule persista. Il en fut de même dans l'autre cas ; seulement, l'extraction eut lieu six mois après le terme de la grossesse. Mais cette heureuse terminaison ne contre-indique pas moins de laisser ainsi séjourner un fœtus mort dans les entrailles de la mère ; son extraction la plus prompte est le plus souvent indiquée, malgré l'absence d'accidents, car il peut toujours en provoquer.

Grossesse tubaire. *Corps jaune sur l'ovaire du côté opposé.* Une femme de vingt-deux ans, mariée depuis deux mois, fut atteinte de douleurs abdominales très-vives le 25 mai 1865, contre lesquelles elle vint réclamer des secours au dispensaire Beckett. La dernière menstruation datait de quatre semaines et trois jours. Elle était pâle, abattue et vomissait ; peau chaude, pouls misé-

rable, à peine sensible. Connaissance parfaite. Mort le lendemain.

A l'autopsie, le petit bassin et le flanc gauche sont remplis de sang provenant de la rupture d'une portion distendue de la trompe de Fallope gauche où se trouvait un chorion distinct. L'embryon se trouvait dans la cavité abdominale.

L'utérus contenait une membrane caduque, mais le fait le plus remarquable était l'absence de corps jaune dans l'ovaire gauche, tandis qu'il en existait un bien distinct dans l'ovaire droit. On doit donc penser que l'œuf, après l'imprégnation, aurait croisé le fond de l'utérus et passé dans l'ouverture de l'extrémité interne de la trompe gauche. Le docteur Priestley, professeur d'accouchements à *King's college*, témoin de ce fait, n'a pu l'interpréter autrement. (*Med. Times*, août.)

Grossesses gémellaires. Il s'agit d'en découvrir, sinon le mystère, au moins la loi qui préside à leur développement. Des recherches du docteur Math. Duncan à cet égard, il résulte qu'elles ne sont en rapport ni avec la fécondité en général, ni avec le nombre des accouchements antérieurs, mais avec l'âge des femmes. C'est de vingt-cinq à vingt-neuf ans qu'elles en présentent le plus grand nombre. Une augmentation et une diminution graduelles s'observent sur la limite de ces deux chiffres. D'où cette conclusion qu'en général la première grossesse est moins susceptible d'être gémellaire que les subséquentes, et que les primipares ont d'autant plus de chances d'avoir des jumeaux qu'elles sont plus âgées (*Edim. Review*). On voit que si la statistique confirme cette règle, elle a bien son importance et mérite d'être signalée à l'attention des accoucheurs.

H

HELMINTHOLOGIE. Cysticerques. Un exemple de généralisation de cet helminthe chez l'homme, l'analogue de ce qui se rencontre chez le porc sous le nom de *ladrerie*, s'est présenté à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 30 novembre 1862, chez un vieillard de soixante-dix-sept ans. De petites tumeurs sous-cutanées grosses comme un haricot, disposées en chapelet, s'observaient sur la poitrine, le long des bras, aux coudes et dans

les aisselles. Un œdème considérable empêchait d'en observer de même sur les membres inférieurs. On pensa qu'il s'agissait de tumeurs fibro-plastiques.

Le malade atteint d'un catarrhe pulmonaire était d'une faiblesse extrême. Une chute en allant à la chaise, détermina la fracture du col du fémur le 9 février 1863, et l'affaissement ayant continué, il succomba le 16 avril.

A l'autopsie, on trouva toutes ces tumeurs constituées par des cysticerques dans le tissu conjonctif, les muscles pâles et friables. Le diaphragme en contenait un gros comme une amande, ainsi que la langue, neuf cents furent ainsi extraits des muscles, ce qui permet d'évaluer à deux mille ceux du tissu conjonctif. Les os, ni les yeux, le foie, la rate, n'en contenaient mais le mésentère en était farci, et la plupart des autres organes en contenaient. (*Soc. de biologie*, 1864.)

A l'autopsie d'une petite fille de six ans entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, le 21 mars, pour le croup dont elle guérit, et une paralysie consécutive du voile du palais, bientôt suivie de broncho-pneumonie qui entraîna la mort, on trouva dans le quatrième ventricule un cysticerque de 18 millimètres de diamètre, isolé au sein de cet organisme. (*Soc. méd. des hôp.*, mai.)

HÉMATURIE. Elle est l'indice de dépôts phosphatiques sur la muqueuse, d'après M. Mercier. Chez deux malades qui en étaient atteints, il ne put constater aucun choc du cathéter contre le calcul, mais il perçut une résistance de la paroi vésicale indiquant une masse rugueuse à sa surface interne. En effet, après divers hémostatiques employés en vain, une injection au nitrate d'argent ayant été faite, l'urine charria dès le lendemain des parcelles phosphatiques, puis des lambeaux muqueux encroûtés de phosphate calcaire et l'écoulement du sang cessa avec cette élimination. (*Soc. méd. prat.*, janvier.)

HÉMÉRALOPIE. Sur trente soldats observés au camp de Somma, le professeur Qualino a constaté : 1° Suffusion blanchâtre de toute la rétine, principalement autour de la papille ; 2° congestion des veines dont le sang paraît plus noirâtre et comme coagulé ; 3° couleur rose ou rouge de la papille quand la maladie est récente ; 4° atrophie de la papille et des vaisseaux quand la maladie s'est répétée plusieurs fois et qu'il y a de l'amblyopie.

D'où il conclut que le point de départ de cette maladie est dans les altérations des extrémités du nerf optique, de la rétine et de ses vaisseaux, et que l'affection doit être considérée comme une stase veineuse accompagnée d'infiltration séreuse de la substance rétinienne et des fibres nerveuses du nerf optique constituant la papille.

Cet exsudat séreux trouble la transparence de la rétine, comprime la couche des bâtonnets et des cônes, les rend moins aptes à recevoir les rayons émanant de corps éclairés par une lumière trop faible, comme celle du crépuscule ou de la nuit. (*Gazz. med. Lomb.*, 1864.)

De l'héméralopie épidémique, par le docteur Armieux, 30 p. in-8°. Mémoire couronné par la Société de médecine de Toulouse en 1864. Basé principalement sur l'épidémie observée à Strasbourg en 1861, ce travail contient une nouvelle théorie étiologique de cette affection. Ce serait une affection catarrhale dont l'humidité serait la cause. Tout habilement soutenue qu'elle soit, cette proposition est loin d'être démontrée.

HÉMIPLÉGIE. Diagnostic. *Déviation des yeux et de la tête.* M. Prévost, interne à la Salpêtrière, a observé dans bon nombre de cas cette déviation synergique des deux yeux du côté opposé à l'hémiplégie, c'est-à-dire du côté de l'altération encéphalique. Elle persiste ordinairement quelques jours et disparaît ensuite. On peut même, si le malade a sa connaissance, essayer à lui faire ramener du côté opposé à la déviation, et l'on voit alors que la rotation est fort imparfaite. Ce symptôme est d'ailleurs plus ou moins intense. Dans les cas légers il faut même être prévenu pour y prendre garde. Quand la déviation est très-prononcée, une déviation de la tête entière s'y joint ordinairement. Celle-ci subit un mouvement plus ou moins marqué de rotation autour de l'axe du cou, par suite duquel la face se dirige vers l'épaule du côté non paralysé.

Ces symptômes, à peine indiqués par les auteurs, peuvent être d'un utile secours pour la diagnose dans le cas de coma et de résolution musculaire générale. Dans l'impossibilité de dire quel côté est hémiplégié, la déviation des yeux et de la tête indiquera que c'est du côté opposé.

La cause anatomique de cette déviation paraît être dans les corps striés du même côté. Sur sept observations suivies d'autopsie, six fois cette partie de la base de l'encéphale était lésée,

ce qui semble un rapprochement du mouvement gyratoire observé chez les animaux à la suite de mutilation sur l'irradiation des pédoncules. (*Gaz. hebdom.*, n° 41.) Voy. HÉMORRHAGIE CÉRÉBELLEUSE.

Hémiplégie dyspeptique. Cette nouvelle espèce nosologique proposée par M. Pihan-Dufeillay, de Nantes, est basée sur deux faits d'hémiplégie subite, simulant au premier abord celle qui résulte de l'hémorrhagie cérébrale, mais qu'il croit pouvoir rattacher à la dyspepsie au même titre que les anesthésies cutanées, les vertiges, les faiblesses musculaires, etc., à cause de certaines dispositions spéciales. Ainsi, dans le premier cas, il s'agit d'un marchand de vins de cinquante ans, vigoureux, sanguin, atteint depuis deux à trois ans de dyspepsie gastrique caractérisée par l'anorexie, vomissements, malaise, sensibilité au froid, torpeur musculaire, vertiges. C'est dans ces conditions qu'après des fatigues extraordinaires et sous le coup de pertes considérables, les symptômes gastralgiques augmentant, il fut pris, le 7 décembre 1864, de vertiges avec sentiment de brisure et d'engourdissement musculaire qui l'éveillèrent. Puis la nausée survenant, et voulant prendre le vase de nuit, il s'aperçut qu'il était paralysé du côté gauche. La peau de ce côté est comme analgésiée et presque insensible à la douleur, malgré la conservation du tact; ces modifications de la sensibilité varient sensiblement dans des points très-rapprochés. Parole nette, nulle déviation, intelligence intacte.

A cause de ces derniers symptômes, la saignée fut repoussée; il suffit de l'emploi d'une poudre composée de rhubarbe, noix vomique, fer, manganèse, et une très-faible dose d'opium, — un paquet avant chaque repas aidé d'un régime réparateur — pour voir disparaître la paralysie en quelques jours.

Presque simultanément, un comptable de cinquante-huit ans, sans antécédent diathésique ni affection du cœur, comme le précédent, qui éprouvait des troubles gastriques avec vertiges depuis deux à trois ans, présenta des symptômes analogues. Poursuivi par la crainte de l'apoplexie, il avait rendu son régime très-sévère et éprouvait une recrudescence de ses vertiges, lorsque la fin de l'année l'obligeant de veiller tard et de manger à la hâte et sans repos pour mettre ses écritures au courant, il fut pris d'un étourdissement le 6 janvier, pendant son déjeuner, glissa sur sa chaise et y resta étendu les yeux

fermés, lorsque voulant se redresser, il ne put mouvoir le côté gauche. La paralysie était complète avec persistance de la sensibilité, sans anesthésie cutanée ni déviation de la face ni de la langue, intégrité des sens et de l'intelligence, parole lente, embarrassée ; toutes les fonctions s'exécutent normalement.

Sans saignée ni révulsifs, mais au contraire avec une alimentation plus abondante et mieux réglée, cette paralysie se dissipa graduellement en dix jours. (*Bull. de thérap.*, n° 5.)

Énumérant les diverses altérations cérébrales qui pourraient donner lieu à ces symptômes, le savant professeur n'en trouve aucune pour les expliquer, pas même la congestion. Au contraire, il caresse cette étiologie du vertige comme en rendant parfaitement compte, et un rapport *probable* entre la dyspepsie et certaine forme légère de l'hémiplégie lui semble ainsi justifié. Nous craignons bien qu'il se soit trop pressé de conclure, et que des accidents subséquents ne viennent le démentir. Il n'est pas rare d'observer ces syncopes vertigineuses se distinguant par une résolution musculaire complète, prolongée, suivies d'hébétude, d'embarras de la parole et des mouvements qui disparaissent sans rien faire, comme pour mieux en voiler l'étiologie, mais que l'avenir se charge malheureusement d'éclaircir. Il faudrait donc suivre les malades dont il est question pour se convaincre de la justesse de ces vues étiologiques, et admettre la nouvelle espèce nosologique dont il s'agit.

HÉMORRHAGIE. Hémorrhagie traumatique. *Compression digitale.* Un marin de Pleudihen s'était fait accidentellement une plaie de 6 centimètres de long et 2 de large à la face antérieure et au milieu de l'avant-bras avec un ciseau de menuisier ; les muscles superficiels étaient divisés ainsi que l'artère radiale.

Ne pouvant réussir à trouver ni à saisir les bouts du vaisseau divisé, le docteur Richard se contenta de réunir les lèvres de la plaie par une suture entortillée, et d'employer ensuite la compression digitale sous le bord interne du biceps, opération qui lui avait déjà réussi dans un cas précédent. Deux paysans furent chargés de l'exercer durant six heures, après quoi l'hémorrhagie était complétement suspendue. Un bandage compressif pendant quelques jours assura la guérison. (*Gaz. des hôp.*, n° 80.)

Le défaut de détails et l'heureuse issue de cette méthode de

traitement permettent de douter qu'il s'agisse réellement ici d'une division de la radiale. Quoi qu'il en soit, il est imprudent d'y recourir, surtout à la campagne, où les aides peuvent manquer d'intelligence et de sang-froid, et il est toujours préférable et infiniment plus sûr de recourir à la ligature. Il n'est pas de sécurité sans cela avec un vaisseau aussi volumineux.

Un fait rapporté à ce sujet par le docteur Gazagnaire montre bien l'insuffisance de la compression en pareil cas. Un homme de vingt-cinq ans se coupe l'artère radiale avec la pointe d'un couteau à l'endroit où l'on tâte le pouls. L'hémorrhagie était effrayante ; des applications au perchlorure de fer et la compression de l'artère la font cesser. Pendant 40 jours le bras est porté en écharpe pour la cicatrisation complète de la plaie. Mais le membre est à peine laissé en position verticale que l'hémorrhagie se reproduit aussi forte et aussi continue qu'au moment de l'accident, entre les lèvres d'une petite plaie qui restait, et force fut ainsi d'abandonner hémostatique et compression et de recourir immédiatement à la ligature à 6 centimètres au-dessus de la plaie existante.

Ce fait, dit l'auteur, rapproché de deux autres à peu près identiques constatés, l'un à Paris, à la clinique de Dupuytren, et l'autre, il y a quinze ans, dans ma pratique, m'ont mis dans le cas de renoncer aux hémostatiques et à la compression, et à recourir exclusivement à la ligature. (*Idem*, n° 88.)

Acupressure ou exposé de la nouvelle méthode d'arrêter l'hémorrhagie chirurgicale et d'accélérer la cicatrisation des plaies, par le professeur Simpson, d'Édimbourg, in-8° de 580 pages, avec planches. C'est l'exposé complet de la nouvelle méthode hémostatique mise au jour il y a cinq ans environ par l'illustre accoucheur écossais, avec toutes les observations à l'appui. Par les développements dans lesquels il est entré à cet égard, il en a fait un véritable traité d'*hémostasie chirurgicale.*

Hémorrhagie cérébelleuse. Les fonctions distinctes, isolées, assignées aux centres nerveux par la physiologie moderne en conduisant les jeunes médecins à en chercher la confirmation dans certains phénomènes symptomatologiques des faits cliniques, ne doit pas faire négliger des signes non moins importants pour le diagnostic. C'est ainsi que dans l'observation suivante, lue par le docteur Leven à la *Société médicale d'observation*, la soudaineté de l'attaque et les vomissements

qui forment les principaux traits de la séminologie des lésions cérébelleuses (Voy. *année* 1864), ont surtout guidé sûrement l'observateur dans le pronostic, tandis que ses contradicteurs ont montré victorieusement que la titubation, l'entraînement de côté, n'en sont pas des caractères pathognomoniques.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, vigoureusement constituée, qui, sans malaise ni excès, s'aperçoit le matin du 14 septembre 1864, en se levant, qu'elle se tient péniblement debout, qu'elle chancelle en marchant, ou plutôt, selon l'expression consacrée, qu'elle titube. Elle ne peut plus aller en ligne droite et est entraînée malgré elle du côté gauche. La parole est légèrement embarrassée, et cette femme, qui conversait avec une grande volubilité, traînait les mots.

Elle analysait avec une remarquable précision les symptômes qui s'étaient manifestés si brusquement. Son intelligence est très-intacte; de même de la sensibilité. Mais les organes des sens présentent des désordres très-singuliers. L'ouïe, le goût, l'odorat n'ont subi aucune atteinte, tandis qu'il y a un strabisme double; le globe de l'œil gauche est dévié en bas et en dedans, celui de l'œil droit en sens inverse. Les pupilles se contractent, mais la vue est troublée. Madame D... voyait deux images, à une distance moyenne, éloignées de 7 centimètres environ l'une de l'autre.

Aucun symptôme réactionnel, langue légèrement couverte de saburre, mais point de vomissements, pouls à 65 pulsations; aucun phénomène morbide ni du côté des poumons ni du côté de l'organe central de la circulation.

L'entraînement latéral diminua dès la fin du premier jour. Le strabisme et l'embarras de la parole diminuèrent dès le troisième jour, et au huitième le strabisme avait complétement disparu; il ne resta qu'un seul symptôme durant dix mois environ, de la faiblesse dans la marche, de la titubation.

La production rapide des symptômes, l'entraînement latéral, fait pathognomonique de toute lésion cérébelleuse ou de ses pédoncules, la faiblesse dans la marche, l'embarras de la parole, le strabisme, le désordre fonctionnel de l'organe de la vision, et l'intégrité de l'intelligence et de la sensibilité, firent diagnostiquer une affection des hémisphères cérébelleux et très-probablement un foyer hémorrhagique à cause de la soudaineté de l'invasion.

L'absence de vomissements détermina à porter un pronostic

assez favorable et ces prévisions ne furent pas trompées. Par un traitement énergique, des médications purgatives durant plusieurs jours de suite et durant plusieurs mois, des pilules de scammonée de temps en temps, la malade guérit.

Relativement à la *titubation* donnée comme caractère spécial, il est à regretter que ce terme fort vague ne soit pas remplacé par une description, suivant M. Topinard; car ce phénomène s'observe dans l'alcoolisme, l'intoxication mercurielle, les affections vermineuses, l'hystérie. Il s'est aussi produit dans des lésions d'organes voisins du cervelet. Il ne peut donc servir que comme adjuvant, et c'est à en distinguer le caractère spécial qu'il faut s'appliquer pour lui donner de la valeur. M. Duchenne a essayé ainsi utilement de distinguer ce symptôme. Voy. ATAXIE LOCOMOTRICE, 1864.

Quant à l'*entraînement latéral*, il s'est manifesté, dit M. Voisin, chez un ancien appariteur de la Faculté, du nom d'Antoine, qui, pendant deux ou trois ans, a présenté une tendance irrésistible à se jeter à droite, tendance qui le faisait choquer les passants et lui donnait toutes les apparences d'un ivrogne. Cet homme est mort l'année dernière à la Charité, dans le service de M. Bouillaud, et à l'autopsie on a cherché en vain quelques lésions des centres nerveux pouvant expliquer cet entraînement latéral.

Pour M. Béhier, il ne s'agirait ici que d'une simple congestion cérébelleuse, ou bien d'une anémie de cette portion de l'encéphale. C'est ainsi qu'il a diagnostiqué, chez un homme qui fut pris subitement d'une obscurité de la vue, perte de la parole et hémiplégie du côté gauche. Au bout de deux jours, les phénomènes disparaissaient peu à peu, et quinze jours après, il ne restait aucune trace des accidents; seulement, pendant quelques jours, le malade parla comme un nègre : *Moi vouloir, toi prendre*, etc.

Dans un second cas, un de ses clients, âgé de cinquante-quatre ans, aujourd'hui bien portant, fut d'une façon subite jeté violemment et d'une manière irrésistible du côté gauche. Il n'y eut pas de perte de connaissance. La seule cause sensible de ce phénomène fut une hémorrhagie hémorrhoïdale abondante, qui fut probablement la cause déterminante d'une anémie cérébrale localisée au cervelet ou aux pédoncules. (*Gaz. des hôpit.*, nº 35.)

Passée ainsi au crible de la discussion et de la critique, cette

observation, qui paraissait si concluante à son auteur, se réduit, en définitive, à une simple congestion passagère du cervelet ou de ses annexes, comme l'a apprécié sainement, il nous semble, M. Béhier.

Hémorrhagies méningées. Au point de vue médico-légal, M. Tardieu a démontré qu'elles sont un caractère de la mort subite par alcoolisme aigu. Voy. ALCOOLISME; PACHYMÉNINGITE.

Stomatorrhagie. Un homme de quarante-trois ans, bien portant, éprouve, en fumant, de la chaleur à la gorge et crache aussitôt à pleine bouche du sang rouge, rutilant, dont il perd ainsi 2 kilogrammes environ pendant une heure que dure l'hémorrhagie. Une saignée, pratiquée pour la combattre, le réduit à un affaissement extrême, voisin de la syncope. Trois jours après, il se lève et est repris, le lendemain, du même accident, pour lequel il entre à la clinique du professeur Concato (de Bologne), dans un état oligohémique très-avancé.

L'hémorrhagie arrêtée, le malade est sans fièvre, mange de bon appétit et se rétablissait rapidement, quand, une semaine après, le même accident reparaît, et c'est seulement alors que, en explorant la bouche, on découvre une lésion d'une artériole, provenant de l'artère faciale, ouverte à un centimètre environ de la commissure labiale. La cautérisation en fit justice, et l'on apprit ainsi qu'une chute avait déterminé cette lésion. Il en était résulté un anévrysme diffus qui, en s'ouvrant dans la bouche, avait produit l'hémorrhagie.

Une quatrième récidive deux jours après fut définitivement vaincue par le même moyen. (*Hebdomadario clinico.*)

Le même accident se manifesta, le 8 octobre dernier, chez une femme à terme, âgée de trente-quatre ans, et qui fut apportée dans la salle du professeur Oppolzer, dans un état de faiblesse extrême : Sensation de brûlure au creux de l'estomac, région épigastrique très-sensible. On diagnostique une *hématémèse* consécutive à un ulcère de l'estomac. Mais l'hémorrhagie étant reparue plus intense quelques heures ensuite en présence du médecin, celui-ci, voyant que le sang coulait surtout quand la malade ouvrait la bouche, sans oppression ni envies de vomir, il examina la bouche et constata que la source de l'écoulement sanguin était dans une lacune de l'arcade dentaire infé-

rieure à la seconde molaire qui avait été arrachée depuis peu de temps.

Le tamponnement avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer mit fin aussitôt à l'hémorrhagie, et l'on constata, le lendemain, l'existence d'un anévrysme du rameau de l'artère alvéolaire qui fut dès lors soumis à un traitement chirurgical. (*Viener med. Hal.*, n° 42.)

M. Dechambre a observé un cas analogue chez un vieillard qui s'était mordu la langue très-faiblement en apparence. L'hémorrhagie durait depuis sept à huit heures, malgré l'emploi de plusieurs hémostatiques, quand l'inspection de la partie fit découvrir le jet par saccades d'une petite artériole qu'il suffit de tordre pour mettre fin aussitôt à cet accident. (*Gaz.hebd.*, n° 8.)

Hémorrhagie dentaire. *Compression de la carotide.* Une dame de soixante-dix-huit ans, se plaignant depuis quelques jours d'un gonflement douloureux de la gencive supérieure gauche, autour de la dernière molaire dont il ne reste plus que d'anciennes racines cariées, est prise spontanément vers six heures du soir, le 5 octobre, d'un écoulement de sang de cette partie sans aucune provocation. Au lieu de s'arrêter, il augmente. Après avoir reconnu l'inutilité de l'eau fraîche vinaigrée, M. Guidon applique des tampons de ouate imbibée de perchlorure de fer liquide au 3e, d'abord coupé, puis pur, en les faisant pénétrer dans les interstices de la dent, et en les superposant de manière à étreindre la gencive et l'alvéole sous une épaisse couche d'hémostatique. A l'intérieur, une demi-cuillerée à bouche toutes les demi-heures de sirop de perchlorure de fer, additionné d'un cinquième de sirop de digitale.

Mais tous ces soins sont superflus, l'écoulement du sang persiste, et le courage et les forces de la malade baissant notablement, il se décide à employer la compression digitale de la carotide primitive gauche au-dessus de sa bifurcation contre les vertèbres cervicales en superposant deux doigts ; ce que la maigreur de la patiente rendait très-facile.

En moins d'une demi-heure, l'hémorrhagie diminua sensiblement et s'arrêta au bout d'une heure. La compression fut néanmoins continuée pendant quatre heures environ, et le sang ne reparut plus. (*Soc. de méd. de l'Aisne.*)

Est-il bien nécessaire d'avoir recours à tous ces moyens et

surtout à la compression de la carotide pour arrêter une hémorrhagie de cette espèce? Nous ne le croyons pas dit le *Scalpel*. Un tampon de ouate imbibé de la solution de perchlorure de fer, aidé d'une compression avec un bouchon de liége convenablement taillé et maintenu par la mâchoire apposée pendant quelque temps nous a toujours réussi.

Hémoptysie. Il en est une forme, suivant M. Payne Cotton, de *Brompton's hospital*, qui n'est nullement liée à l'existence des tubercules pulmonaires quoiqu'elle se confonde avec elle, et qui provient au contraire de la muqueuse gastro-pulmonaire. L'expectoration est de couleur noirâtre et de consistance plus ou moins aqueuse, ayant une parfaite ressemblance avec un mélange de gelée rouge et d'eau. Il l'attribue à un état morbide du sang qui le rend plus fluide comme le purpura, le scorbut (*Lancet*, décembre). Toutefois, les trois faits qu'il rapporte à l'appui, chez trois jeunes femmes de douze, dix-huit et vingt-quatre ans, sont loin d'être concluants, faute de détails; si les signes physiques n'existaient pas et si la santé s'est maintenue deux et trois ans après l'examen stéthoscopique, ce ne sont pas des raisons suffisantes pour exclure complétement l'existence de tubercules, qui, dans certains cas de phthisie lente, chronique, scrofuleuse, restent très-longtemps à l'état latent.

Oppolzer, le grand praticien de Vienne, conjointement avec le repos et le silence, fait appliquer des compresses d'eau froide, puis glacée sur la poitrine. Le goût désagréable du perchlorure de fer, malgré son efficacité et son action rapide, lui fait préférer l'usage de la poudre suivante à l'intérieur dont il donne une dose toute les heures avec un succès presque constant :

℞ Alun cru.	2,000
Nitrate de morphine.	0,025
Sucre.	2,000

Mêlez et divisez en 6 doses.

Ortie. Guidé sans doute par l'indication du sirop d'ortie signalé dans quelques traités de matière médicale, le docteur Benavente en a employé la décoction, 30 grammes pour 500 grammes d'eau, contre les hémorrhagies à la dose de plusieurs tasses par jour. Elle a réussi dans 2 cas de ménorrhagie passive et 4 de métrorrhagie symptomatique contre lesquelles le seigle ergoté, le tannin et l'opium avaient échoué. Elle s'est montrée

également efficace dans 6 cas d'hémoptysie et une épistaxis rebelle (*Siglo medico*, n° 604). Le docteur Gallego l'a employée de même d'après la pratique populaire à Almaden. (*Idem*, n° 605.)

Les propriétés excitantes de l'ortie étant bien avérées, il est facile de prévoir son action et les hémorrhagies contre lesquelles elle peut réussir. Toutes les hémorrhagies passives en sont tributaires. C'est en excitant ainsi tout l'organisme qu'elle a réussi également comme fébrifuge. D'autres stimulants réussiraient au même titre. Par son action intense, elle peut offrir cependant des avantages particuliers. C'est ce qu'une étude expérimentale et comparative à faire avec la décoction ou l'extrait de cette plante commune peut seule élucider.

Hémorrhagies variqueuses mortelles. Voy. Varices.

HERNIE. *Fréquence relative.* La plus grande fréquence de la hernie crurale chez la femme sur la hernie inguinale est ainsi confirmée par le relevé statistique de la Société des bandagistes de Londres pour 1860-61 :

Hernies inguinales.	7,543 hommes et	699 femmes.
Hernies crurales.	306 hommes et	748 femmes.

Mais il en résulte aussi un léger amendement à cette loi par l'analyse de ce tableau, selon les âges, chez les femmes. Ainsi il y avait :

De la naissance à 10 ans. . . .	146 hernies inguinales,	1 crurale.
De 11 à 20 ans.	103 —	37 —
De 21 à 30 ans.	153 —	180 —
De 31 à 40 ans.	164 —	252 —
De 41 à 50 ans.	76 —	158 —
De 51 à 60 ans.	33 —	84 —
De 61 et au-dessus.	19 —	36 —

La loi de fréquence est donc renversée au-dessous de vingt ans, ce qui peut éclairer l'étiologie de la hernie crurale chez la femme. (*System of Surg.*)

Sur 422 cas de hernie traités à l'hôpital de Vienne de 1844 à 1863, le docteur Scholz a trouvé 220 hommes et 202 femmes. Les espèces de hernies se divisaient comme suit :

		Hommes.	Femmes.
Hernies inguinales.	268	215	53
— crurales.	142	4	138
— ombilicales. . . .	11	1	10
— du centre ovale . .	1	0	1

Relativement à la position, 247 siégeaient à droite et 156 à gauche, — les autres étaient doubles ou médianes, savoir :

	Hommes				Femmes.			
Hernies inguinales. .	132	fois à droite	75	à gauche	31	à droite	22	à gauche.
— crurales. . .	2	—	2	—	81	—	57	—

(*Viener mediz. Woch.*)

C'est surtout ici que la statistique est applicable et sert à établir des lois pathologiques invariables.

Réduction sans opérations. — Dans l'impossibilité de se procurer un grand bain chaud à la campagne, voir même le bassin et l'eau chaude nécessaires pour immerger le patient et faciliter la réduction, M. Billingham Peebles y supplée d'une manière aussi simple que facile. Il fait asseoir le patient dans un bassin de lavage ou une grande terrine de toilette, les genoux pliés jusqu'au menton, près d'un bon feu, les épaules couvertes de vêtements de laine, les pieds et les jambes roulés de même. On verse l'eau aussi chaude qu'on le peut dans le bassin, et l'on garde en réserve de l'eau bouillante pour la maintenir au même degré. Dans cette position fixe, les muscles dans le relâchement, la partie inférieure du corps plonge ainsi dans l'eau chaude, tandis que la partie supérieure est dans un véritable bain de vapeur. En une demi-heure, quelquefois moins, il survient un grand affaiblissement : le malade laisse tomber sa tête ; sa faiblesse est si grande, qu'il est près de s'évanouir. Alors, il arrive souvent qu'en cherchant la tumeur on ne la trouve plus, ou, si elle existe encore, le moindre attouchement la fait disparaître (*Dublin med. Press.*, février). Les avantages de ce procédé sont trop évidents pour les énumérer.

C'est l'huile de croton tiglium employée en frictions sur la tumeur herniaire étranglée dont M. Tartarin, de Bellegarde (Loiret), s'est fait avec succès le rénovateur. On sait, en effet, que des liniments analogues ont déjà été employés en pareil cas, et cette médication s'est montrée assez heureuse pour que l'on y revienne. Notre confrère y a eu recours dans trois exemples qu'il rapporte chez des femmes de quarante à cinquante ans, atteintes de hernies crurales droites anciennes. L'étranglement, rendu manifeste par des vomissements fécaloïdes et tout le cortége des signes ordinaires, datait de vingt-quatre heures, lorsque M. Tartarin fut appelé. Après avoir employé vainement

le taxis, les sangsues dans un cas, à cause de la vive douleur qu'il déterminait, le chloroforme dans un autre, un bain prolongé dans le troisième, et dans tous, les purgatifs par haut et par bas, il fit pratiquer sur la tumeur des frictions toutes les trois heures avec :

Huile d'amandes douces ou glycérine. . . .	4	grammes.
Huile de croton tiglium.	2	—

Mêlez.

Une selle abondante se déclara dans les trois cas peu d'heures après l'emploi de cette mixture, que l'on peut rendre plus active suivant l'indication. L'auteur l'employa aussi à parties égales de glycérine et d'huile d'heure en heure, dans un cas où les accidents étaient formidables et, dès la troisième friction, une selle avait lieu. En même temps la hernie se réduisait spontanément et tous les accidents disparaissaient. (*Bull. de thér.*, n° 3.)

Anesthésie locale. Nouvelle conquête de la méthode endermique. Au lieu d'employer l'opium ou la morphine par la voie gastrique dans un cas de hernie crurale pour en faciliter la réduction, M. Walker a fait avec succès une injection sous-cutanée d'un grain d'hydrochlorate de morphine; un calme parfait, sans douleurs ni vomissements, en résulta aussitôt; et, après quelques heures, la hernie fut réduite avec facilité (*British med. Journ.*, avril). Sans que cette méthode puisse prévenir la kélotomie dans tous les cas, elle doit être préférée à la voie gastrique comme plus rapide et plus sûre dans ceux où les stupéfiants sont indiqués.

Incisions superficielles extra-péritonéales. Quand le taxis et autres moyens n'ont pas réussi, et s'il n'y a pas encore gangrène, M. le docteur Jordan procède à l'incision extra-péritonéale, puis a recours de nouveau au taxis. Il appelle donc l'opération *prétaxoïde* et il la décrit comme suit : On fait près du col de la tumeur une courte incision à travers la peau et les couches superficielles, assez grande cependant pour y admettre le bout du doigt; on détermine alors les limites entre le bord fibreux résistant et le sac; on se sert ensuite du kélotome qui ne doit jamais dépasser l'ongle, et qu'on ne doit jamais diriger dans le sens de la cavité abdominale.

Après quelques minutes de taxis, on laisse reposer le malade

et l'on calme l'intestin enflammé en donnant des opiacés et s'abstenant de tout purgatif irritant.

En résumé, si ce n'est dans le cas de sphacèle, on doit toujours tenter l'incision avant de se livrer à un taxis violent et prolongé, qui, non-seulement ne réduit pas la hernie, mais nuit encore aux opérations ultérieures. (*Med. Times.*)

Nouvel herniotome. La lésion de l'artère obturatrice arrivée accidentellement au docteur Guarini, chirurgien de l'hôpital de Piacenza, l'a conduit à imaginer un nouvel instrument pour prévenir cet accident. C'est une tige d'acier, terminée par un manche de bois, à l'extrémité manuelle, et recourbée comme une sonde ordinaire à l'autre, avec une pointe mousse fine. Dans l'angle obtus, ou plutôt la courbure, se trouve une lame qui en occupe la moitié, de manière que la pointe terminale et recourbée n'est libre que dans une longueur de un centimètre environ. Introduit suivant les règles ordinaires, dès que le bec de l'instrument a dépassé l'épaisseur du ligament, on s'engage dans le bord interne, en le retirant et par des mouvements de va-et-vient, on divise ainsi le ligament de Gimbernat sans danger de léser l'obturatrice. (*Ann. univ. di med.*, février.)

On ne comprend pas très-bien, par cette description, comment l'artère est ainsi absolument hors d'atteinte de l'instrument tranchant : car, si le bec obtus lacere plutôt qu'il ne divise et n'expose pas à la lésion du vaisseau, la lame tranchante divise, au contraire, tous les tissus compris dans l'angle, et l'artère ne peut-elle s'y trouver?

Opium après la kélotomie. Loin de le donner à l'exclusion des purgatifs, c'est à en préciser les indications, dit M. Desormeaux, que l'on doit s'appliquer. En voici quelques-unes d'après M. Verneuil : c'est lorsque l'intestin a assez souffert au niveau de la constriction pour que l'on ait à redouter une perforation consécutive, et surtout lorsque la rapidité et l'intensité des accidents d'étranglement ont plongé le malade dans un état d'éréthisme qu'il faut calmer avant tout comme dans l'exemple suivant.

Une hernie crurale droite, très-irrégulièrement contenue, s'étrangle tout à coup chez une dame d'une quarantaine d'années, et les symptômes d'étranglement atteignent en quelques heures une telle gravité, que ceux-ci semblaient dater de plusieurs jours. Le taxis avait été inutilement tenté une demi-heure

après l'accident et, à son arrivée le lendemain, M. Verneuil ne crut pas devoir l'essayer de nouveau, en présence de ce cortége de symptômes intenses. Il opéra de suite. La tumeur n'était pas plus grosse qu'une petite noix ; mais la constriction était telle que rien ne pouvait être introduit entre le sac et l'anneau fibreux pour guider le bistouri ; de là des difficultés sérieuses pour le débridement ; il fallut faire pénétrer avec précaution le bistouri seul et débrider en dedans et en haut à deux reprises. A peine le sac fut-il ouvert que l'on s'aperçut de l'écoulement du liquide intestinal par une petite plaie située au niveau du siége de la constriction, soit qu'elle fût le résultat d'une ulcération produite en quinze heures, soit d'une piqûre du bistouri. M. Verneuil jeta deux points de suture en maintenant l'anse lésée par le fil de l'une d'elles à l'anneau, et réduisit le surplus de l'intestin.

C'est alors que, pour calmer l'éréthisme produit par quinze heures de cruelles souffrances, il eût recours à l'opium à la dose de 7 à 8 centigrammes dans les vingt-quatre heures ; les purgatifs n'étant pas indiqués d'ailleurs par le ballonnement du ventre. Le succès couronna cette médication; l'un des fils tomba au douzième jour, l'autre le vingt-neuvième, et la guérison fut complète. (*Soc. de chir.*, janvier.)

Seul contre les autres membres de la Compagnie, M. Chassaignac croit les purgatifs nécessaires comme moyen d'exploration pour savoir si la perméabilité de l'intestin est rétablie, car l'opium, en calmant les accidents, peut tromper le chirurgien. L'atonie du bout supérieur de l'intestin les rend aussi utiles ; mais, dit M. Demarquay, les matières qui y sont contenues agissent comme purgatif naturel et, dès qu'il n'y a plus de vomissements, que les purgatifs entretiennent parfois, le chirurgien peut être rassuré.

La méthode curative du docteur Bedford Davies, chez les enfants, consiste à enfoncer le doigt aussi profondément que possible dans le canal inguinal, en y portant une aiguille forte et bien courbée qu'il plonge à travers le pilier interne ; un fil à ligature ordinaire étant passé dans le chas, on transperce de même le pilier externe et, en adaptant au fil végétal un fil de cuivre n° 20, on lui fait parcourir les mêmes voies, et l'on en tord les deux extrémités. Le canal se trouve ainsi oblitéré. Deux ou trois jours après l'extraction des fils, on met une ceinture et l'enfant peut marcher. Sur dix malades âgés de moins

de huit ans, et traités par ce procédé, neuf ont été radicalement guéris presque sans douleur ni suppuration. Le fond du sac s'oblitère et forme une masse solide dans le scrotum. (*Med. Times*, 2e vol., 1864.)

Hernie de l'ovaire. Une jeune femme de dix-sept ans, accouchée heureusement, n'ayant pas vu reparaître ses règles quatre mois après, éprouva un malaise général, faiblesse des membres inférieurs, céphalalgie et douleurs dans la région iliaque gauche avec sensation de pesanteur. Cinq ans après, il existait dans cette région une tumeur comme une noix qui s'accrut si rapidement qu'elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme quelques mois plus tard. Elle présentait de la fluctuation et paraissait communiquer avec une autre. Diagnostiquant un kyste de l'ovaire hernié, M. Casati ponctionna cette tumeur et fit une injection iodée. Un mois après, il n'y avait plus qu'une petite tumeur dans la région crurale, et la malade paraissait guérie. (*L'Ippocratico.*)

Des pseudo-étranglements, que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin, par le docteur Henrot, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc., in-8° de 116 pages.

HERPÈS. Une espèce nosologique spéciale, sous le nom d'*herpès* fébrile, est proposée par M. Boucaud, d'après le fait suivant qu'il a observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Un cantonnier de vingt-six ans éprouvait depuis une quinzaine de jours du mal de tête, douleurs et faiblesse des membres, anorexie, déglutition pénible et douloureuse, lorsqu'il entra à l'hôpital le 14 avril. Sa langue est couverte de plaques blanchâtres vésiculeuses ainsi que la face interne des joues, les gencives, les lèvres et l'intérieur des fosses nasales. L'angle interne des yeux et le bord libre des paupières étaient agglutinés par du mucus visqueux; conjonctive injectée.

A l'aide d'un léger frottement, les lamelles blanchâtres tapissant la bouche pourraient être détachées comme des fausses membranes. Dessous, la surface du derme était rouge, hérissée de petites saillies sanguinolentes et parfaitement semblables au corps papillaire mis à nu par la vésication ou la brûlure.

D'où M. Boucaud a conclu à une extension herpétique sur toute la muqueuse pharyngienne d'après la douleur, la dyspha-

gie, une surdité croissante. Trois grosses vésicules existaient même sur le prépuce, et une plaque blanchâtre sur le gland semblables à celles de la bouche.

Fébrile et très-aiguë au début, cette affection semble, à l'auteur, très-différente de la diphthérite. Il est ainsi conduit à la placer à côté des pyrexies non-contagieuses comme l'érysipèle, l'érythème noueux. (*Journ. de méd. de Lyon*, août.)

Mais le point d'interrogation soulevé par ce fait insolite semble bien plus important à propos du diagnostic, que de la place à lui assigner en nosologie. C'est du moins ce qui résulte de l'observation suivante et de la discussion qui s'en est suivie à la Société médicale des hôpitaux. M. Gubler a dit, en effet, avoir vu avec M. Axenfeld un homme affecté d'angine couenneuse avec un herpès du pharynx confirmé par des vésicules d'herpès sur le prépuce comme dans le cas actuel. L'herpès a bien d'autres localisations insolites. Il se rencontre à la vulve comme aux yeux, au nez, aux lèvres. M. Bucquoy l'a vu généralisé sur toute la surface du corps, dans un *delirium tremens* alcoolique. Il accompagne, en général, des fièvres éphémères sans gravité. C'est pourquoi le cas suivant fait exception.

Une jeune fille de quatorze ans, vaccinée, bien réglée, occupée simplement aux soins du ménage, est prise d'une bronchite légère le 10 février. Le 3 mars suivant, l'écoulement menstruel se supprime et une courbature générale s'ensuit. Des élevures se développent sur les membres, le sommeil et l'appétit se perdent. Entrée le 11 mars à l'hôpital des Enfants, elle présente une éruption presque confluente d'herpès sur les jambes et les avant-bras, plus discrète sur les bras et les cuisses, moindre à la face et sur le tronc. La bouche est remplie de ces vésicules reposant sur une base rouge et violacée aux jambes comme les taches du purpura.

L'état général est celui du typhus. Prostration extrême, visage pâle, céphalalgie, étourdissements, cauchemars nocturnes, agitation, délire, vue obscurcie.

Langue rouge aux bords et à la pointe, bouche amère, sèche, soif vive, douleur au creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite avec gargouillement. Pas de taches lenticulaires, diarrhée, pouls à 120, température de 39°,3 dans l'aisselle, s'élevant à 40 et 41° les jours suivants.

Cet état général s'aggrava jusqu'à la mort qui survint le 22 mars, tandis que l'éruption s'arrêta dans son évolution, les

vésicules s'affaissant sur elles-mêmes sans croûtes et s'exfoliant en pellicules blanchâtres.

L'éruption était donc évidemment ici sous la dépendance de l'état général. L'autopsie, en révélant une congestion de la muqueuse de plus en plus prononcée vers le cæcum, avec une éruption confluente de petites saillies arrondies comme une tête d'épingle ou une graine de millet, dures, jaunâtres dans une étendue de 10 centimètres, et de plus en plus discrète en s'éloignant du gros intestin, a confirmé ce fait d'une manière aussi certaine que peuvent être les démonstrations cliniques et anatomiques. (*Union méd.*, n° 76.)

Il ressort de ce fait et de la discussion qui s'en est suivie, que cette forme d'herpès fébrile et étendue est symptomatique d'une autre affection coïncidante, et doit lui être subordonnée dans le diagnostic comme dans le traitement.

HISTOLOGIE. *Préparations histologiques.* Le rouge d'aniline ou de fuchsine a été récemment employé, à cet effet, par M. Onimus avec un grand succès. Des solutions aqueuses dans l'acide acétique ou l'alcool étendu sont encore très-colorées au millionième, tant est grande la puissance colorante de ce produit.

La fuchsine se dissout lentement dans le sérum du sang, mais elle est décolorée promptement par les bases de potasse, soude, ammoniaque, propriété précieuse, car la non-coloration de certaines parties des éléments anatomiques en fait soupçonner de suite la composition alcaline. L'addition de quelques gouttes d'une solution de potasse décolore immédiatement toutes les parties rouges qui reprennent également leur coloration dès qu'on ajoute de l'acide acétique. On peut donc faire une solution incolore dans la potasse, et il suffit de toucher les parties qui en sont préalablement imbibées avec quelques gouttes d'un acide étendu pour les voir se colorer sous le champ du microscope.

Les éléments histologiques sont diversement colorés par cette solution ; c'est là une étude dont l'auteur ne fournit que quelques indications. (*Journ. d'anat. et de phys.*, septembre.)

Emporte-pièce histologique. Cet instrument, fabriqué par M. Charrière sur les indications de M. Duchenne (de Boulogne) est destiné à aller chercher dans la profondeur des tissus

un petit fragment que l'on veut soumettre à l'examen micros copique et à remplacer ainsi le harpon microscopique de M. Mi deldorff. C'est une tige cylindrique divisée en deux, dont l'un est fixée sur un manche par une vis et dont l'autre est mise e mouvement sur la première en poussant un bouton. On le fai pénétrer fermé, et, en l'ouvrant ensuite, le fragment de tiss s'engage au-dessous du crochet de la pointe et se trouve divis par les bords tranchants de la division de l'instrument en l refermant. Le fragment à examiner se trouve ainsi enfermé dan la cavité et l'on retire l'emporte-pièce sans accrocher les tissu à travers lesquels il a pénétré. (*Acad. de méd.*, août.)

Manuale di istologia umana, de Kölliker. Traduction en italien sur la dernière édition allemande, par le docteur Raffaele. En cours de publication par fascicules. Naples.

HONORAIRES. Ils sont si souvent impudemment contestés aux médecins que l'on ne saurait recueillir avec trop de soin les documents qui peuvent en assurer le recouvrement légal et fixer la jurisprudence à cet égard. Le tribunal civil de Bayeux en fournit des données précieuses.

M. Dumont, médecin à Caen, réclamait à Bannelois, légataire de la dame Lemoine, 2500 fr. pour solde d'honoraires, tandis qu'on ne lui offrait que 900 fr. Déjà il avait reçu 1000 fr., ce qui portait le total à 3500 fr., qu'il détaillait ainsi : seize voyages de Caen à Isigny, domicile de la dame Lemoine; distance : 64 kilomètres à 200 fr. chaque, et 300 fr. pour avoir conduit la dame Lemoine à Paris, à la consultation du docteur Nélaton.

Sur le moyen tiré de ce que le prix des voyages de Caen à Isigny était exagéré, le tribunal a ainsi statué :

« Le tribunal,

» Attendu que les honoraires d'un médecin doivent être appréciés d'après différents éléments, savoir : la position du médecin, son rang dans le corps médical, les déplacements que la maladie lui a nécessités, le préjudice que des voyages longs et multipliés ont pu lui occasionner pour sa clientèle ordinaire; puis encore la nature et la gravité de la maladie qu'il a soignée, et enfin la situation de fortune de la personne de laquelle les honoraires sont réclamés;

» Attendu qu'il ne peut être contesté que le sieur Dumont

occupe à Caen un rang distingué dans le corps médical, qu'il est professeur adjoint à l'École de médecine, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu ; qu'il est constant encore qu'il a dans la ville une assez nombreuse clientèle;

» Attendu que la maladie de la dame Lemoine a été fort grave, qu'elle a nécessité des soins multipliés, et notamment des traitements chirurgicaux très-nombreux ; qu'une opération des plus délicates a dû être pratiquée par le docteur Dumont, que cette opération, dont les suites devaient amener des complications, nécessitait, par sa nature même, des déplacements très-fréquents, souvent pendant des journées entières, et des soins que le dévouement des médecins pouvait seul rendre moins répugnants ;

» Attendu, enfin, en ce qui concerne Bannelois, auquel les honoraires sont réclamés à titre de légataire de la veuve Lemoine, que celui-ci est dans une position de fortune assez aisée ; qu'il faut considérer, d'ailleurs, qu'il ne s'agit pas d'un héritier rect défendant son patrimoine légitime, mais d'un légataire ranger à la famille ; que ce dernier doit, dans tous les cas, se trouver heureux des avantages qu'il recueille dans la succession ;

» Par ces motifs,

» Dit à bon droit l'action de Dumont ; condamne Bannelois, sa qualité de légataire universel de la dame Lemoine, à payer Dumont la somme de 2500 fr. qui lui était due par cette me, à raison des soins qu'il lui a donnés à Isigny et à Paris ndant le cours de sa dernière maladie ; condamne Bannelois tous les dépens. »

Déjà, dans un précédent jugement, le même tribunal avait nsacré ces principes, le 28 avril 1864, de la manière suinte :

« Attendu que, par exploit du 24 décembre 1863, le sieur ımas, docteur médecin à Paris, a réclamé de Renée, curateur a succession Desif, une somme de 1500 fr. pour les honores qui lui seraient dus pour les soins par lui donnés, en 59, au sieur Desif dans le cours de sa dernière maladie ;

» Attendu qu'il est de principe que les honoraires d'un méin doivent être appréciés par les tribunaux, lorsqu'il y a testation sur leur importance, en prenant pour base, d'une t, la durée et le nombre des visites, la longueur et la gravité a maladie, les soins qu'elle a nécessités, les pansements et les

opérations auxquels elle a donné lieu, les consultations d'autre médecins, enfin la fortune du malade; d'autre part, le lieu o la maladie a été suivie, le rang qu'occupe dans le corps médical le médecin qui l'a traitée;

» Attendu qu'il est incontestable que la maladie du sieur Desif a été de longue durée et d'une gravité en quelque sort exceptionnelle; qu'elle a nécessité des visites chaque jour, souvent même plusieurs visites par jour pour surveiller des pansements; que plusieurs consultations médicales ont eu lieu;

» Attendu que le sieur Desif était riche et qu'il a laissé un fortune considérable, dépassant 400 000 fr. en capital;

« Attendu, d'un autre côté, que les renseignements fourni au procès par les certificats les plus honorables, établissent l haute position qu'occupe le sieur Dumas dans le corps médica de Paris;

» Attendu qu'il résulte de ces considérations que la somm de 300 fr., offerte par les légataires Desif est insuffisante que l'on conçoit le refus du sieur Dumas en présence d'une proposition aussi peu convenable de la part des légataires qu venaient de recueillir une succession importante, à laquelle il n'avaient d'ailleurs aucun droit comme héritiers;

. . . .

» Par ces motifs,

» Dit à bonne cause l'action du sieur Dumas, fixe à la somme de 1200 fr. les honoraires qu'il a le droit de réclamer contre la succession Desif..... » — (*Gazette des tribunaux*, des 16 et 17 janvier 1865.)

HOPITAUX. A l'instar de Paris, les administrations municipales de province, grandes et petites, sont entraînées irrésistiblement à vouloir aussi de grands hôpitaux. M. le docteur Gachet signale ainsi la ville d'Issoudun, où il exerce depuis trente ans, qui ne recule pas devant la dépense de 600 000 fr. et l'aliénation de 30 000 fr. de revenu sur les 70 000 qu'elle possède pour couvrir cette dépense. Et notez, dit-il, que le vieil Hôtel-Dieu reste constamment désert, la plupart des malades préférant se faire soigner chez eux, dans leurs familles; répulsion instinctive commune à toutes les populations des villes qui ne sont pas de grands centres d'industrie et ne réunissent pas de grandes masses d'ouvriers. La municipalité d'une autre ville de province, ajoute M. Verneuil, a également voté 1 400 000 fr.,

c'est-à-dire 60 000 fr. de revenu à la gloriole de posséder un bel édifice pour l'ébaubissement de ses désœuvrés et de ses badauds.

En France, on répugne d'entrer à l'hôpital, sans doute parce qu'il est pénible, pour tout individu ayant quelque sentiment de dignité personnelle, de recevoir cette aumône de la charité publique. En Allemagne, on entre sans peine à l'hôpital, parce que, ainsi que l'a très-justement remarqué M. le Fort, tout le monde, patrons et ouvriers, maîtres et domestiques, y est abonné. C'est l'organisation des secours mutuels avec l'hôpital. Quand on va se faire soigner à l'hôpital, ce n'est pas une aumône que l'on reçoit, c'est l'exercice d'un droit que l'on réclame. Il n'en résulte aucune humiliation pour personne. On ne saurait trop encourager, dans notre pays, l'imitation d'une pareille conduite, le développement des sociétés de secours mutuels, et comme corollaire, l'organisation intelligente des secours à domicile. (*Soc. de chir.*, juin.)

Par son nouveau règlement sur la salubrité publique, calqué en grande partie sur les lois françaises, le gouvernement italien a fixé définitivement le nombre de malades que les médecins des hôpitaux peuvent avoir sous leur direction. Suivant l'article 89, ce nombre ne doit pas s'élever au dessus de 50, à moins d'événements exceptionnels. Il serait désirable que cet article fût applicable partout et que ce nombre même fût encore restreint dans les services de maladies aiguës.

Aération, ventilation et chauffage. Les grands et coûteux appareils installés à cet effet dans certains hôpitaux n'ont d'autres avantages, selon M. Gallard, que de faire passer une quantité d'air trop considérable dans les salles sans les assainir. Ainsi la mortalité à l'hôpital de la Pitié qui ne possède pas ces appareils perfectionnés est la même qu'à Lariboisière où ils fonctionnent malgré tous les avantages hygiéniques de celui-ci où la durée de séjour y est plus longue.

Il conseille donc de revenir à la ventilation naturelle par les fenêtres et de la rendre plus effective en disposant des salles de réunion pour les malades qui peuvent se lever dans le jour, avec des bouches permanentes d'entrée et de sortie de l'air placées dans les angles des salles ; enfin de profiter de la chaleur perdue des fourneaux d'office pour élever la température de l'air dans les canaux de sortie et en faciliter l'évacuation. (*Acad. de méd.*, mars.)

Aération, ventilation et chauffage des salles de malades dans les hôpitaux, par le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, etc. Brochure in 8°.

On peut objecter à cet égard que le critérium pris par l'auteur n'est pas démonstratif, attendu les nombreuses conditions à mettre en ligne de compte comme causes de la mortalité générale dans un hôpital.

Discussion sur l'hygiène et la salubrité des hôpitaux à la Société de chirurgie, 1 vol, in-8° de 140 pages.

Travail important surtout par les principes qui doivent présider à l'érection et à la distribution des hôpitaux et qui s'y trouvent résumés sous forme de conclusions précises.

Vital and economical statistics of the hospitals, infirmaries, etc *of England and Wales* (Statistique vitale et économique des hôpitaux anglais pour l'année 1863), par le docteur Fleetwood Buckle, médecin résident et secrétaire de l'hôpital de Norfolk. — 78 pages in-8°.

Des 117 hôpitaux et infirmeries, dont cette brochure donne la statistique, voici quelques-uns des principaux détails pour ceux de Londres en particulier.

	Lits.	Malades.	Dépense moyenne par malade.
Westminster	191	1,828	52,90
Charing-Cross	125	1,102	56,30
London-Fever	200	2,217	56,75
St-George	350	4,075	59,05
London	445	4,735	66,65
Royal-Free	150	1,257	73,80
King's College	152	1,675	73,80
Dreadnought	250	2,103	74,05
Samaritain	20	219	76,65
Saint-Barthélemy	650	5,942	81,25
Enfants-Malades	52	571	88,00
Saint-Mary	150	1,851	96,30
Consumption — Victoria-Park	72	507	115,40
Consumption — Brompton	210	1,150	126,80
Great-Northern	50	84	156,75
Metropolitan-Free	21	168	170, »
Guy	660	5,507	» »

Quoiqu'il manque quelques chiffres à ce tableau, il n'en est pas moins curieux par l'idée générale qu'il donne du service nosocomial de Londres et des dépenses qu'il occasionne. Il éveillera surtout des éclaircissements sur l'extrême différence des chiffres du mouvement des malades et leur dépense respec-

tive dans des établissements parfaitement comparables. Aux investigateurs de recourir au travail que le docteur Buckle vient de publier pour le savoir, et d'où ceux-ci sont extraits.

Secours à domicile. Leur extension à tous les malades pauvres ayant un chez-soi, qui peuvent et désirent y rester pour atténuer les mauvais effets du séjour à l'hôpital, telle est la proposition émanée de Paris, formulée et soutenue par M. Boulu. Cette réforme si désirable a trouvé un chaud et judicieux défenseur en province, M. le docteur Dechaux, de Montluçon, dont on ne peut se défendre d'admirer le sens pratique, et qui s'en est rendu l'organe dans l'*Union médicale de la Gironde.* A l'occasion d'un blessé de la manufacture, auquel il fallut pratiquer l'amputation du bras, il glisse légèrement sur les avantages de son mode particulier de suture épingléo pour mettre en évidence ceux du séjour à domicile de son opéré, qui se levait le dix-septième jour et visitait ses bienfaiteurs. « Il trouve par excellence, dans ce chez-soi, la chambre de réserve, de séquestration, d'isolement proposée dans les nouveaux hôpitaux, dans de bien meilleures conditions, loin d'un édifice dont les murs, les parois, les meubles, quelque bien tenus qu'ils soient, semblent toujours imprégnés de quelque chose de morbide. »

« Je ne supporte ce refuge à l'hôpital, dit-il, que pour les jeunes gens isolés, les militaires, les personnes éloignées de chez elles et qui n'ont pas la ressource de s'en procurer un autre. Avec l'assainissement, l'amélioration chaque jour croissante des habitations des ouvriers actuels, — je parle des ouvriers établis, ayant une ou deux chambres exposées à l'air, au soleil, et de quoi faire du feu, — je trouve ce milieu infiniment préférable à celui des plus beaux hôpitaux.

« Indépendamment d'une atmosphère physiquement bonne, où il est habitué, où la bonne mine de sa femme et de ses enfants est le thermomètre de la salubrité, il a chez lui cette atmosphère morale bien supérieure à celle de l'hôpital. Auprès de sa femme et de ses enfants, il épanche ses douleurs, il pleure et il se console. Ses nombreux visiteurs, parents, amis, patrons, personnages considérables ou de charité qui viennent l'encourager dans ses souffrances présentes, et qui lui promettent leur appui au temps de sa guérison, une existence assurée, malgré son infirmité, concourent à le calmer actuellement, à le tranquilliser sur son avenir, que seul il s'exagère. »

Et le revers de la médaille? dira-t-on. A quoi bon, quand il suffit d'en voir un côté pour que la nécessité d'une pareille réforme en ressorte ; il ne s'agit que d'effacer de l'autre les inconvénients, les obstacles qui peuvent s'y opposer, et l'institution des secours mutuels, le développement croissant de la charité et de l'instruction y tendent chaque jour davantage.

HOQUET. *Pression épigastrique.* Aux deux faits signalés par M. Rostan de guérisons obtenues par ce moyen, M. le docteur L. Boyer ajoute les suivants :

Une fille de dix-huit ans est prise de hoquet continu à la suite d'une suppression des règles par refroidissement des extrémités inférieures. Une saignée de pied est faite sans résultat. Il applique alors la paume de la main sur le creux de l'estomac et presse fortement ; une légère amélioration se manifeste, les mouvements deviennent moins violents, l'inspiration moins rapide, mais le succès n'est pas complet. M. Boyer fait appliquer de suite une grosse pelote de linge sur le creux de l'estomac, maintenu avec une serviette. Aussitôt les accidents cessent. On prescrit une potion antispasmodique, et pour boisson de l'eau de Seltz sucrée en petite quantité.

Quatre heures environ après l'application du bandage, la malade fatiguée par la pression juge à propos de tout enlever ; mais aussitôt les accidents reparaissent, et l'on s'empresse de rétablir l'appareil. Le lendemain, le hoquet n'avait pas reparu. La jeune fille conserva son appareil quelques jours encore. Le hoquet avait disparu sans retour depuis.

Chez un jeune homme de vingt-cinq ans, le hoquet s'accompagnait d'étouffement et d'anxiété. Au lieu de le saigner, M. Boyer prend quatre mouchoirs de poche dont il fait une pelote qu'il place sur le creux de l'estomac et qu'il serre fortement à l'aide de la cravate du malade. «Je sens que ça va mieux », dit ce dernier ; et, dix minutes après, tout était fini.

Même résultat dans la troisième observation :

« Ce traitement si simple est en même temps si rationnel, dit l'auteur, que l'on est tout étonné qu'il n'ait pas été trouvé plus tôt. Il est pourtant plus ancien qu'on ne le croit. Ce n'est ni le médecin qui le communiqua à M. Rostan, ni sa femme, qui l'ont trouvé les premiers. Longtemps avant eux, Bordeu l'avait employé avec un succès complet. Voici ce qu'il en dit : « Traitant » autrefois, avec un autre médecin, une personne atteinte de

» hoquet, nous mîmes inutilement en usage tous les moyens
» que l'expérience, la raison et les livres purent nous fournir;
» ce ne fut qu'en serrant très-fortement les hypochondres, l'épi-
» gastre et le dos du malade avec une serviette que nous le gué-
» rîmes sur-le-champ. » (*Journ. de méd. et de chir. prat.* octobre.)

Ce n'est pas seulement le hoquet mais les convulsions hystériques que ce moyen arrête, suspend instantanément comme le professeur Thiry, de Bruxelles, en a rapporté un exemple remarquable; ce qui semble démontrer par analogie que le hoquet était de cette nature dans les cas précédents.

HYDATIDES. **Hydatides musculaires.** — Une femme de vingt et un ans, souffrait depuis l'âge de dix ans d'une douleur de la hanche gauche avec faiblesse du membre de ce côté. Une tumeur apparut l'hiver dernier et s'accrut si rapidement que la marche fut bientôt rendue impossible. Le 8 juin dernier, le docteur King et M. Hendry, réunis en consultation, constatèrent un énorme gonflement très-douloureux au toucher, avec fluctuation très-sensible et une crépitation particulière sans rougeur appréciable de la peau.

Une ponction avec le trocart donna issue à une pinte et demie de liquide demi-opaque, jaunâtre, dont l'examen microscopique décela d'innombrables crochets d'échinocoques; chaque goutte en contenait des débris avec une incontestable évidence. Des cristaux de chlorure de sodium et de cholestérine se distinguaient également. (*British med. Journ.* juillet.)

L'existence de ces parasites dans les muscles est ainsi démontrée par ce fait aussi bien que l'utilité du microscope pour les découvrir.

HYDROCÈLE. M. Girault pratique une ponction pour retirer le liquide contenu dans la tunique vaginale, et injecte 6 grammes d'éther sulfurique. Dans la généralité des cas, cette injection est suivie d'une douleur vive dont la durée est assez courte.

De vingt à vingt-cinq jours après, une nouvelle ponction est pratiquée pour retirer le liquide qui s'est reproduit, mais sans qu'il soit nécessaire de la faire suivre d'une nouvelle injection d'éther.

M. Girault cite plusieurs cas de guérison obtenus par cette méthode. Dans tous les cas les malades ont pu continuer leurs travaux sans nulle interruption. (*Abeille méd.* n° 14.)

Compression du scrotum. — Employée par M. Agnis comme un excellent moyen de faciliter, d'activer la résorption du liquide et l'engorgement testiculaire qui persistent parfois longtemps après l'injection pour la cure radicale de l'hydrocèle. Le scrotum est enveloppé, comprimé méthodiquement avec une longue bande dès que la diminution de la sensibilité la rend supportable, c'est-à-dire vers le septième jour, et, après quarante à cinquante, la résolution était complète dans les deux cas qu'il rapporte.

Ce n'est là qu'une indication spéciale et un mode particulier de la compression appliquée à l'orchite il y a plusieurs années avec le collodion par M. Bonnafont. Il ne présente donc rien de nouveau, et bien supérieur serait, en effet, le remède simple que préconise le docteur Betoldi contre l'orchite blennorrhagique s'il réussissait partout comme au Brésil. Il consiste simplement à faire prendre, toutes les six heures, 2 grammes et demi de sulfate de potasse dans un verre d'eau chaude sucrée. Après l'action purgative des premières doses, la douleur cède bientôt, l'écoulement disparu reparaît, et du premier au quatrième jour, la guérison est complète. Ce remède est si efficace et si sûr que plus tôt on l'emploie et plus tôt on est guéri. *Quanto piu presto se ne usa, piu presto la è vinta.* (*Ann. univ. di medicina*, mai.)

Mais cette méthode de compression du chirurgien anglais serait vraiment nouvelle si elle continuait à se montrer curative de l'hydrocèle sans injection comme dans les cas suivants. Employée trois jours après la ponction chez un opéré qui avait refusé l'injection, elle prévint la reproduction de l'épanchement, et de même chez un malade de 54 ans, dit M. Spanton, l'hydrocèle n'avait pas reparu un an après. (*Lancet*, mai et juin.)

A moins de quelque méprise diagnostique, cachant le secret de ces guérisons, il y aurait un véritable intérêt à répéter cette expérience, soit en appliquant simplement la compression, soit en pressant, en frottant préalablement la paroi vaginale avec les doigts et en la comprimant ensuite.

Hydrocèle congénitale. A propos d'un cas se présentant dans son service chez un jeune homme, M. Jarjavay en rappelle un autre observé à la Charité, qui montre que, chez les jeunes gens, le liquide de cette variété d'hydrocèle ne sort pas toujours de la cavité péritonéale et n'y rentre pas à volonté.

Les inflexions de ce canal en se rapprochant par impression assez forte en oblitèrent le calibre aussi exactement qu'une valvule (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, août). Les exceptions rares doivent donc tenir le praticien en défiance et y faire regarder à deux fois avant de se prononcer.

Hydrocèle du canal de Nuck. — Chez une malade de l'hôpital Adélaïde, de Dublin, atteinte d'un cancer du sein, on observait, dans l'aine droite, une tumeur ovoïde, fluctuante, irréductible, occupant l'anneau extérieur du canal inguinal. Par la ponction, M. Walsh en évacua 60 grammes environ d'un liquide albumineux. Elle se remplit de nouveau en huit jours, et, à l'autopsie de cette femme, on constata qu'elle remplissait complétement l'anneau inguinal externe s'étendant dans le canal même. Les piliers de l'anneau en étaient si bien séparés qu'une sonde y passait facilement. Le sac se terminait profondément par une extrémité renflée adhérente au ligament rond dont elle semble une dépendance. Aussi, ce fait extrêmement rare est-il considéré comme une variété des hydrocèles de ce ligament décrite par Regnoli. (*Dublin med. Press*, mai.)

HYDROCÉPHALIE. L'extrême difficulté de son diagnostic dans sa marche chronique chez les enfants à la mamelle ou n'ayant pas dépassé trois ans, et sa confusion possible avec le rachitisme borné à la tête, ont conduit M. Bouchut a recourir à l'ophthalmoscope dès le début pour en établir le diagnostic différentiel, pensant que les modifications apportées dans la circulation et la nutrition du fond de l'œil par la sérosité contenue dans le crâne, et qui compriment le cerveau, pourraient en être des signes importants. En effet, à mesure que la sérosité s'accumule et que la compression du cerveau augmente, il se fait dans l'intérieur de l'œil : 1° une vascularisation plus grande de la papille et de la rétine, avec dilatation des veines qui gardent leur couleur habituelle ; 2° un accroissement du nombre des vaisseaux de la rétine ; 3° une infiltration séreuse partielle ou complète de la papille ; 4° une atrophie de la rétine et de ses vaisseaux ; 5° une atrophie plus ou moins prononcée, quelquefois complète, du nerf optique.

Ces lésions varient avec l'ancienneté de la maladie et avec la quantité de l'épanchement séreux. Elles résultent, soit de la compression des sinus, ce qui empêche le sang de l'œil de ren-

trer dans le sinus caverneux et ce qui amène l'œdème de la rétine, soit de la compression des nerfs optiques à l'intérieur du crâne. Elles n'ont pas une influence égale sur l'exercice de la vision ; car, sauf l'atrophie de la papille, les autres permettent encore aux enfants de distinguer les objets. Enfin, ce qu'il y a de plus important, c'est qu'elles n'existent pas dans le rachitisme qui, par le volume considérable de la tête, peut se confondre, dans certains cas, avec l'hydrocéphalie.

En effet, sur 22 enfants rachitiques de 5 mois à 3 ans, dont le corps était peu déformé, et qui offraient surtout un accroissement de volume de la tête avec persistance de la fontanelle antérieure; les uns ayant offert des convulsions internes ou de l'éclampsie, et les autres n'ayant eu aucun accident nerveux, le fond de l'œil conservait ses dispositions normales. Il n'y avait aucune altération de la papille ni de désordre dans la circulation veineuse de la rétine. L'ophthalmoscope permet ainsi de différencier ces deux affections.

Un exemple d'hydrocéphalie congénitale observé par le docteur Triadou (d'Aquessac), lui a fourni la confirmation de son identité avec le spina-bifida ou hydrorachis au point de vue anatomo-pathologique. La crête occipitale externe manquait sur l'occipital et était remplacée par une large scissure de même que l'écartement des lames vertébrales de l'apophyse épineuse et l'absence de celle-ci donne naissance à la hernie des enveloppes médullaires. Il trouve en outre, dans ce fait, une preuve de la vérité du système anatomique qui assimile l'occipital à une vertèbre et d'après lequel la crête occipitale externe représente l'apophyse épineuse. (*Montpellier méd.* octobre.)

HYDROGÈNE SULFURÉ. Voy. THÉRAPEUTIQUE.

HYDRONÉPHROSE. Un enfant observé par le docteur Hillier était né avec une tuméfaction du ventre, simulant une ascite et qui fût reconnue pour un énorme kyste de la région lombaire droite vers l'âge de 4 ans. Son volume gênant la respiration et la marche, il fut ponctionné avec issue de 6 kilogrammes de liquide non albumineux ayant tous les caractères de l'urine diluée. Mais il fut trouvé albumineux, purulent et contenant une grande quantité d'urée dès la seconde ponction. Des essais pour établir une fistule en avant et en arrière échouèrent constamment par la cessation spontanée de l'écoulement.

La vie de l'enfant était mise en danger par ces ponctions répétées, lorsque l'on s'aperçut que du liquide rendu par l'urèthre était de même nature que celui du kyste, ce qui fit admettre dès lors une communication de celui-ci siégeant sur l'uretère, sans doute avec la vessie. Depuis, aucune nouvelle ponction n'a été faite : le kyste, dès qu'il a acquis un certain volume, continuant à se vider de temps à autre par l'urèthre sans nuire à la santé générale.

Dans ces cas de kystes congénitaux, on rencontre ainsi d'heureuses exceptions. Chez une femme qui succomba à 23 ans, l'autopsie montra un énorme kyste simulant un rein dilaté provenant de l'oblitération de l'uretère ; il était rétréci d'un côté et oblitéré de l'autre chez une fille de 17 ans (*Roy. med. chir. Society*, mars). L'hydronéphrose congénitale n'est donc pas absolument mortelle dès les premières années.

HYGIÈNE. *Danger des poêles de fonte.* Depuis que l'usage des poêles s'est répandu en Savoie, il règne spécialement en hiver, suivant M. Carret, une affection d'autant plus meurtrière et durable que cette saison est plus rigoureuse et plus longue. Sans se montrer contagieuse, elle atteint les habitants des montagnes, même des lieux salubres où règnent l'aisance et la propreté, soumis à l'influence de cet appareil, et les personnes sédentaires en sont plus frappées que celles qui travaillent au dehors. Ses progrès coïncidant avec l'emploi croissant du poêle, les 2 600 individus observés par l'auteur ayant été soumis à son influence et les communes rares où ce mode de chauffage n'est pas en usage étant ordinairement épargnées, il n'hésite pas à l'attribuer à l'action du gaz oxyde de carbone.

Il devenait donc urgent, selon la proposition de M. Faye, d'examiner les effets de cet appareil dans d'autres lieux et notamment les centres d'instruction où il est employé. Mais MM. Regnault et Chevreul ont démontré que la quantité infiniment petite de ce gaz dégagé pendant vingt-quatre heures, en formant de l'acide carbonique avec l'oxygène de l'air, ne pouvait aucunement être ni toxique ni préjudiciable à la santé. (*Acad. des sciences*, avril). Ainsi se trouve résolue une question d'autant plus difficile à résoudre cliniquement que M. Carret n'a pas dit en quoi consistait cette épidémie. C'est par l'étude des symptômes qu'il faudra désormais en chercher la cause.

M. Carret n'en a pas moins mis toutefois hors de doute la

présence de l'oxyde de carbone dans la salle. Il fit allumer, à six heures du matin, le poêle de fonte avec le coke dont on se sert habituellement, et ayant fait passer, à l'aide d'un soufflet, à la fin de la journée, l'air de cette salle à travers un appareil de Liebig, contenant une solution de chlorure d'or, un léger dépôt, d'un noir violacé, un peu grisâtre, apparut bientôt au fond de chaque boule, surtout de la première, preuve évidente du corps du délit. (*Acad. des sciences.*)

Danger du curage des chaudières à vapeur. Il ne s'agit pas, dans ce cas, suivant M. Fonssagrives, pas plus que dans le curage des puits et puisards, du défaut ni de l'absence d'air respirable, mais d'un véritable empoisonnement résultant de la décomposition des matières organiques de l'eau qui sert à alimenter ces chaudières. Les symptômes cliniques aussi bien que l'analyse chimique tendent à le démontrer. C'est ainsi que 5 à 6 minutes après être entré dans la chaudière de l'aviso à vapeur *le Bison*, pour la nettoyer, un ouvrier était à moitié asphyxié dans un état de résolution complète, respiration ralentie, inspirations courtes, profondes; le malade happait l'air comme un noyé qui revient à la vie; face vultueuse, rétine insensible, la cornée recouverte d'un nuage comme si elle avait été très-superficiellement cautérisée; conjonctives rouges et enflammées, photophobie intense et prolongée. La connaissance ne revint qu'après 26 heures avec vomissements, réaction fébrile intense, suivie d'un état ataxo-adynamique grave. La persistance de l'ophthalmie, une diarrhée abondante avec stomatite analogue à celle de l'empoisonnement mercuriel durant plus d'une semaine, témoignent assez d'une véritable intoxication.

L'ammoniaque ayant été accusée d'en être la cause et les mêmes conditions ayant été reproduites expérimentalement sur le *Duquesne*, l'analyse ne trouva qu'une diminution considérable d'oxygène, 14 au lieu de 21 pour 100, remplacé par l'acide carbonique; mais sans trace d'ammoniaque.

Il faut donc introduire préalablement une bougie dans ces chaudières avant d'y pénétrer pour s'assurer que l'air en est respirable et en ventiler largement l'intérieur, afin de ne pas voir se produire de pareils accidents.

Fabrication du verre mousseline. M. Hillairet croit être autorisé, d'après ses recherches, à admettre que l'estomac est le

seul organe où l'élément plombique de la poudre d'émail employée à la fabrication du verre mousseline puisse être convertie en partie en sel soluble, et où, par conséquent, l'absorption puisse s'en effectuer. La marche lente de l'intoxication des ouvriers est proportionnée à la faible quantité des poussières ingérées et converties. D'où il conclut à la fréquence de leur intoxication et à ce que cette industrie soit inscrite dans la seconde classe des établissements insalubres.

Voici les mesures qu'il propose pour y obvier :

Séparer les deux ateliers dits du *pochage* et de la machine ; installer une seule rangée de tables dans l'atelier du pochage, en la surmontant de hottes communiquant avec des cheminées de tirage ; installer la machine dans une salle largement ouverte; interdire l'usage des roues à godets ou à palettes, et n'employer que le soufflage, et recommander aux ouvriers de porter un mouchoir devant la bouche et les fosses nasales pendant le brossage des verres; interdire de la manière la plus formelle aux ouvriers de déposer leurs aliments dans les ateliers ; exiger qu'ils se lavent complétement les mains, la bouche et le visage avant les repas et à la sortie des ateliers. (*Acad. de méd.*)

Étude sur l'hygiène des ouvriers employés à la fabrication du verre mousseline, par Octave du Mesnil, docteur en médecine, ancien interne de l'Asile impérial de Vincennes.

Hygiène publique. Pour prévenir la vente illicite, frauduleuse de la viande d'animaux malades ou morts, M. Defays, vétérinaire belge, propose d'*empuantir* tous les animaux abattus pour cause de maladie ou morts avant, d'en enfouir le cadavre en plongeant dans diverses régions une canule-trocart communiquant avec un flacon formant poignée et remplit de térébenthine ou de pétrole. Une simple pression suffit à en faire écouler le contenu dans les tissus et, de cette manière, la viande est invendable par l'odeur qu'elle répand et que l'on ne peut détruire. (*Journ. de médecine belge*, décembre 1864.)

Hygiène maritime. Ce n'est pas assez, selon M. Leroy de Méricourt, de l'ensemble des mesures prophylactiques, introduites dans notre système sanitaire maritime depuis 1861 et substituées à la temporisation décevante et arbitraire des quarantaines.

L'emploi des chlorures à large dose pour le déchargement du

navire n'offre pas une garantie suffisante de contamination pour les ouvriers qui l'exécutent; leur action peut compromettre le chargement et toutes les pièces de fer, la machine même d'un bâtiment en sont profondément altérées. Le sabordement est une mesure extrême, longue, difficile, dispendieuse, qui, sans efficacité spécifique, infaillible, rend le navire définitivement insalubre par l'humidité dont il reste imprégné. On ne peut noyer les miasmes ni les ferments, il faut les brûler.

Il propose, en conséquence, de munir les ouvriers préposés au déchargement des navires infectés ou suspects, de l'appareil respiratoire Bouquayrol, pour pénétrer dans les parties profondes; de substituer au sabordement la méthode de M. de Lapparent, pour la purification. Elle consiste à carboniser superficiellement les parois internes des bâtiments à l'aide d'un chalumeau, communiquant à un réservoir de gaz d'éclairage qui lèche la superficie du bois comme une langue de feu dans l'épaisseur d'un quart ou d'un tiers de millimètre. Sous la couche carbonisée est une couche torréfiée, imprégnée de matières créosotées et empyreumatiques. Sur les parois de fer, le flambage suroxyde et fait tomber en poussière les couches de rouille qui les tapisse.

Cette méthode réunit l'efficacité, la simplicité à l'économie et à la rapidité. Elle a été adoptée dans les arsenaux de la marine et appliquée à 12 navires, comme mesure préventive de la conservation des bois et d'assainissement. (*Acad. de médecine*, janv. et *Arch. de méd. navale*, mars.)

Elementi d'Igiene, par le professeur Mantegazza, un volume in-18 de 570 pages avec planches intercalées dans le texte. Milan.

La réputation méritée du savant expérimentateur physiologiste est une garantie que ce livre est aussi bien pensé que bien écrit.

HYSTÉRIE. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. Voy. ÉPILEPSIE.

Catalepsie hystérique. M. Lasègue désigne sous ce nom des contractures musculaires permanentes, passives, involontaires, qu'il est facile d'imprimer aux membres chez les hystériques, notamment chez celles ou ceux qui sont calmes, somnolents, demi-torpides, réagissant peu, plus prompts à pleurer qu'à s'irriter. Il suffit, à cet égard, de leur appliquer la main sur les yeux ou de fermer la paupière et dès lors l'hys

térique éprouve une sensation d'engourdissement toute particulière. Elle répond aux questions, et exécute, quand elle n'est pas ataxique, les mouvements qu'on lui prescrit, mais avec une paresse croissante. Peu à peu la respiration se fait avec plus d'efforts, les parois de la poitrine se soulèvent davantage, les globes oculaires sont convulsés en haut, la malade cesse de répondre et elle s'endort d'un sommeil profond, identique avec le sommeil naturel, avec cette différence qu'elle reste plus insensible aux bruits du dehors : on a beau l'appeler à haute voix, frapper vivement et près de son oreille sur un objet sonore, elle continue à dormir avec une placidité qui exclut toute possibilité de simulation. L'indifférence, la torpeur, sont ainsi portées graduellement aux proportions extrêmes de la catalepsie spontanée ; la vie de relation s'est complétement suspendue. Seulement, cette léthargie presque artificielle, provoquée par l'observateur, a suivi chez la malade une progression graduelle qui permet d'en observer toutes les phases.

Si rapide qu'ait été le sommeil produit par la simple occlusion des yeux, il n'a lieu qu'au bout de quelques minutes, plus ou moins vite, suivant la constitution nerveuse de la patiente. Chez certaines hystériques on réussit toujours à déterminer la torpeur complète ; chez certaines autres on n'arrive qu'à la somnolence ; chez d'autres, enfin, on ne dépasse pas un engourdissement qui cesse dès qu'on leur rend la vue, et qu'elles comparent à la fatigue qu'on éprouve dans la matinée qui succède à une nuit d'insomnie.

L'état léthargique est parfaitement caractérisé : la malade est hors d'état d'exécuter aucun mouvement volontaire lorsque la torpeur a atteint ses proportions extrêmes. Si on la pince dans des points où la sensibilité est conservée, l'excitation détermine un mouvement réflexe peu étendu ; si l'on introduit un liquide dans sa bouche, elle ne fait aucun effort de déglutition. La crise est d'une durée variable ; la malade se réveille d'elle-même à la longue, ou reprend ses sens à la suite d'une vive commotion, de l'aspersion d'eau froide sur la figure.

L'état des membres ne répond pas moins à la définition de la catalepsie. Les masses musculaires offrent à la pression une résistance qu'elles ne présentent pas durant le sommeil. Quand on prend un des membres, le bras, par exemple, et qu'on essaye de le ployer au niveau d'une articulation, la jointure est demi-rigide. Il semblerait qu'on opère sur un de ces

mannequins articulés construits à l'usage des artistes, ou sur un corps qui aurait la flexibilité de la cire. L'articulation garde la position où on l'a placée, fixe, immobile, comme si elle était soutenue sur un point d'appui. On peut varier les situations à son gré, donner au membre les positions les moins tolérables, sans qu'un seul frémissement musculaire se produise, sans que le membre s'incline peu à peu et obéisse à la pesanteur.

C'est un spectacle singulier que celui d'une malade plongée dans une torpeur profonde, insensible à toutes les excitations, conservant, dans les poses auxquelles on l'assujettit, l'immobilité et la roideur d'une statue; restant assise, debout, inclinée en avant ou en arrière, la jambe suspendue hors du lit, ou fléchie à angle aigu sur le tronc, les bras et les doigts contournés, et maintenant la plus invariable et la plus absolue indifférence.

Dans ces conditions, il est impossible de méconnaître une tension durable, permanente des muscles, se produisant indépendamment de la volonté, n'entraînant pas la sensation de lassitude, et ne déterminant pas davantage une fatigue qui, à défaut de sensation, se traduirait par le relâchement musculaire.

La rigidité des membres varie, quant au degré, et il faut à l'observateur plus ou moins d'efforts pour mouvoir l'articulation; mais chez le même individu, la résistance est presque toujours proportionnelle au volume des muscles destinés au mouvements de la jointure. L'articulation de la cuisse, par exemple, a plus de rigidité que celle du poignet et celle du coude que celle des phalanges.

La roideur cataleptique est générale ou partielle, complète ou incomplète, passagère ou durable. On peut dire qu'elle est proportionnée à la profondeur de la léthargie. Les hystériques disposées à la catalepsie, et qu'on a seulement réussi à engourdir par l'occlusion des yeux, ont généralement beaucoup plus de rigidité dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs. Dans quelques cas plus rares, une seule moitié du corps est affectée.

Dans tous les cas, elle cesse brusquement dès que la malade réveillée reprend le sens de la vue. Les muscles perdent leur rigidité, et les membres retombent dans la position qu'ils affectent quand l'appareil musculaire est en état de relâchement.

Une fois rentrées en possession d'elles-mêmes, les hystéro-

cataleptiques n'accusent aucun sentiment de fatigue, quelque prolongée qu'ait été l'épreuve, et quelques contorsions qu'on ait fait subir aux membres. Elles sortent sans transition de leur sommeil, se frottent les yeux, reprennent aussitôt l'exercice de leur volonté et de leur intelligence. A l'inverse des individus endormis par le chloroforme, elles savent qu'elles viennent de dormir, mais elles n'ont aucune conscience de ce qui s'est passé durant leur sommeil, et n'ont qu'une notion confuse du temps qui s'est écoulé.

Toutes les hystériques du tempérament indiqué, toutes celles qui subissent l'influence stupéfiante de la privation momentanée de la vue, ne sont pas, pour cela, affectées de la rigidité caractéristique des membres. Un petit nombre n'a de la catalepsie que l'état comateux, si tant est qu'on puisse employer cette dénomination. Lorsqu'il en est ainsi, la somnolence est presque toujours précédée d'une lutte qui rappelle l'excitation provoquée par les inhalations du chloroforme. Les malades s'agitent, leur respiration est saccadée, presque convulsive, elles parlent ou elles gémissent jusqu'à ce que l'anesthésie générale ait pris le dessus.

Deux hommes de quarante à cinquante ans, atteints d'affections cérébrales mal définies, et aussi comme hystéro-anémiques, ont présenté les mêmes phénomènes qui s'accordent ici avec la symptomatologie de ces affections. La catalepsie musculaire était cependant moins saisissante que chez les hystériques, les jointures n'avaient pas la même roideur, et la tonicité musculaire paraissait moindre à la pression du doigt. (*Arch. de méd.*, octobre.)

Contracture hystérique. Chez une incurable de la Salpêtrière atteinte d'une contracture permanente des quatre membres et des muscles du tronc, survenue graduellement à la suite d'une hystérie convulsive la mieux caractérisée depuis longues années, M. Charcot rencontra, à l'autopsie, les cordons latéraux de la moelle, à droite et à gauche, atteints de sclérose dans une bonne partie de leur épaisseur et dans toute leur longueur, depuis le bulbe jusqu'au renflement lombaire. Les caractères de cette dégénérescence attribuée, jusqu'ici, à l'ataxie locomotrice uniquement, étaient très-nets : aspect gris demi-transparent, gélatineux, consistance plus ferme, infiltration de la substance nerveuse par une matière amorphe ou fibrillaire

transparente et parsemée de noyaux de tissu conjonctif et de corpuscules amyloïdes, atrophie des tubes nerveux avec dilatation et étranglement. Substance grise et cellules nerveuses intactes comme dans l'ataxie.

Plusieurs des racines antérieures étaient atrophiées, tandis que les racines postérieures étaient à l'état normal sans aucune trace de méningite. (*Soc. méd. des hôpitaux.*)

On comprend de quel enseignement est ce fait. Il semble déceler la lésion anatomique de l'hystérie. Purement fonctionnelle en apparence au début, cette lésion se traduit matériellement à l'apogée de cette maladie. Avertissement pour ne pas s'endormir avec trop de sécurité dans son traitement.

Hystérie chez l'homme. Le danger des émissions sanguines répétées, sur son étiologie, ressort manifestement de l'observation du docteur Fort (*Union méd.*, nº 150, 1864). Chez un ouvrier de trente-sept ans, très-bien portant jusque-là, sanguin, vigoureux, exempt de toute diathèse et de cachexie, sans aucune maladie antérieure, une pneumonie droite franche se déclare spontanément, pour laquelle, porté à l'hôpital, on lui tire, coup sur coup et en trois jours, 24 palettes de sang. Une contrariété détermine immédiatement un accès d'hystérie avec convulsions, la sensation d'une boule qui remonte l'épigastre et l'empêche de parler. Perte de connaissance pendant trois heures; il pleure en revenant à lui, ce qu'il n'avait jamais fait depuis son enfance.

Les symptômes pneumoniques, qui s'étaient amendés, reparaissent aussitôt et 16 autres palettes de sang sont de nouveau tirées en deux jours, soit 40 palettes ou 4 kilogrammes environ.

Dès lors tout le cortége des plus graves symptômes nerveux apparaît. Paralysie, rétention d'urine, qui le fait passer dans le service de chirurgie de M. Velpeau; hémiplégie faciale, puis paraplégie, etc., etc.; tout cela compliqué de phénomènes hystériques évidents : appétit capricieux, malaises, névralgies intercostales, sensibilité morale toute féminine, pleurs faciles.

Ce malade a perdu ainsi la santé la plus prospère et est voué irremédiablement à une vie de souffrances. De là le danger des émissions sanguines abondantes chez certains sujets.

TRAITEMENT. *Contre-indication de l'atropine.* Contrairement au

conseil de Schroeder van der Kolk, de ne jamais donner ce médicament dans l'hystérie, le docteur Natanson, de Varsovie, ayant prescrit 5 centigrammes de valérianate d'atropine, soit 1 grain en 60 pilules, il en résulta des symptômes d'intoxication effrayants, dès que la malade en eut pris après 3 à 12 heures d'intervalle, quoiqu'elle fût saturée de morphine, dont elle prenait jusqu'à plus d'un gramme par jour. On dut lui administrer jusqu'à 60 à 70 gouttes d'opium pour faire disparaître les accidents. (*Gaz. hebdom.*, n° 36.)

Une injection hypodermique de 4 milligrammes de sulfate neutre, chez une dame hystérique depuis son enfance, déterminèrent également des accidents d'intoxication effrayants. (V. INJECTIONS SOUS-CUTANÉES.)

HYSTÉROMÉTRIE. Ce moyen, de provenance anglaise, est encore tant discuté, décrié en France, que beaucoup de praticiens n'en connaissent ni les effets, ni les avantages. C'est à montrer ceux-ci, à poser les indications de ce moyen chirurgical et son mode d'emploi, que M. Huguier, qui en est un des plus zélés promoteurs parmi nous, s'est attaché dans l'ouvrage suivant, résumé des leçons et des observations cliniques du célèbre et laborieux chirurgien de Beaujon. Cet ouvrage offre un guide sûr pour ceux qui voudront expérimenter cette méthode de traitement et s'en servir.

De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin ; de leur application au diagnostic et au traitement des maladies de l'utérus et de ses annexes, et de leur emploi en obstétrique, avec 4 planches lithographiées, par P. C. Huguier, chirurgien honoraire de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine. In-8 avec planches.

Hystéromètre dilatateur. La petitesse et la faiblesse de celui de M. Huguier ont conduit M. Avrard, de la Rochelle, à en faire fabriquer un autre par M. Charrière. Son avantage est de donner la profondeur de la cavité cervico-utérine et de la cavité utérine seule. Il se compose d'une pince à deux branches glissant l'une dans l'autre légèrement, recourbée en forme de sonde utérine. Introduit, cet instrument donne, sans le retirer, la mesure de la cavité utérine seule au moyen d'une échelle fixée sur la tige du curseur qui écarte les deux branches en les faisant

glisser l'une sur l'autre. La branche postérieure étant immobilisée en haut, la branche antérieure vient presser par l'angle rentrant de sa courbure contre la partie antérieure de l'orifice interne et donner ainsi la solution du problème cherché.

Cet instrument peut servir de même à dilater, redresser, écraser et même abraser l'utérus. (*Acad. de médecine*, août.)

HYSTÉROCAUTOMIE. Nom donné par M. le docteur Grenet à la cautérisation incandescente du col de l'utérus pour combattre les flexions de cet organe en déterminant par la rétraction des tissus des adhérences plus étroites et solides avec les parties environnantes. C'est ce que le hasard avait démontré à Amussat en cautérisant une ulcération du col avec le caustique solidifié de potasse et de chaux. Une rétroversion coïncidente avait disparu en même temps que l'ulcération par la formation de brides à la face postérieure du col et du vagin. Plus tard cette remarque lui avait fait ériger ce moyen en méthode de traitement contre les déviations. En considérant la faillibilité des moyens mécaniques mis en usage contre ces déviations, le danger des excisions et de l'élytrorrhaphie dans le prolapsus utérin et, d'autre part, l'innocuité du cautère actuel et le peu de douleur qu'il détermine, appliqué sur le col de l'utérus, M. Grenet l'a appliqué dans le but de détruire, de reséquer un lambeau utérin par la brûlure et d'opérer ainsi plus sûrement le résultat désiré.

L'instrument spécial employé à cet effet a une longueur totale de 36 centimètres, dont 5 pour le cautère, 20 pour la tige et 9 pour le manche et la virole. Le cautère ou plutôt l'hystérocautome est en forme de cuiller d'une certaine longueur, afin de pouvoir se charger d'une notable quantité de calorique, et ayant à son extrémité libre la forme d'un croissant, pour pouvoir être appliqué sur les faces latérales du col. Il a ainsi une surface concave et une face convexe de 37 millimètres d'étendue, circonscrivant une moitié de cercle de 24 millimètres de diamètre. L'extrémité plane, dont les bords sont à angle droit, offre 7 millimètres à son centre et va en diminuant, de sorte que ses deux cornes se fondent à angle très-aigu. La plaie résultant de son application est ainsi plus large au centre et affecte un segment de cercle en rapport avec les dispositions du col transversalement incliné au moment de l'application du fer.

Outre les précautions requises pour l'application du cautère actuel, celle-ci doit se faire prestement et avec vigueur sur la ligne de démarcation qui sépare l'insertion de la membrane vaginale sur le col. Cette ligne, insensible au toucher, est ordinairement assez apparente lorsque les valves du spéculum, après avoir repoussé la face de l'utérus dévié et qui fait ressaut, s'étalent dans le cul-de-sac vaginal.

Il faut se rappeler que la face antérieure du col est plus longue que la postérieure, mais que le vagin s'insère moins haut en avant. Le cautère doit porter franchement sur le col, car, plus en dehors, c'est-à-dire dans l'espace vésico-utérin ou recto-utérin du cul-de-sac, il existe un repli du péritoine qui, consécutivement à l'opération, pourrait s'irriter. Le col ayant, en moyenne, une longueur de 25 millimètres, l'insertion de la membrane étant à son tiers inférieur, c'est donc à 8 millimètres de son extrémité inférieure en avant, à 10 en arrière, que le fer doit être appliqué. S'il existe un développement hypertrophique du col, on doit en tenir compte dans l'appréciation de ces dimensions. Il est bien entendu que la face concave de la cuiller doit regarder la région rectale en antéversion et la région vésicale en rétroversion.

L'application du cautère ne doit être guère prolongée au delà de deux secondes. Du reste, cette durée doit être en rapport avec l'intensité de l'hystérolaxie. Ainsi, dans les flexions du col, l'action doit être moins énergique, parce qu'une trop profonde brûlure entraînerait en sens opposé le corps utérin.

Les suites de l'opération ne présentent rien qui ne soit déjà décrit partout. — Le tissu de la cicatrice, à mesure qu'il s'organise, se rétracte et attire vers lui la membrane qui l'entoure; celle-ci cède et se déplace par l'effet de son élasticité très-considérable. Lorsque les tissus environnants ne cèdent pas en tous points avec une égale intensité, la cicatrice est irrégulière; mais, dans l'immense majorité des cas, elle affecte la rectitude linéaire ou l'incurvation semi-circulaire imprimée par la forme du cautère.

L'abaissement du col dans le sens de l'axe vaginal n'attend pas ce temps-là. Il commence parfois à reprendre sa direction normale même avant la chute de l'eschare. L'utérus se relève généralement avec plus de lenteur.

A part quelques cas de congestion métrorrhagipare légère, le lendemain de l'application du feu, des coliques passa-

gères, une légère tension du ventre, des douleurs rémittentes dans un des hypochondres, un petit mouvement fébrile le deuxième ou troisième jour, on n'observe jamais d'accidents consécutifs autres que ceux qui résultent de la cautérisation ordinaire de l'orifice utérin. Mais ce qui a paru positif, c'est que la violente dérivation produite, le travail inflammatoire et la suppuration plus ou moins longue de la plaie favorisent singulièrement la résorption des produits pathologiques des autres affections utérines compliquantes. Aussi l'hypertrophie, dans les cas de métrite parenchymateuse, et le catarrhe, dans les cas de métrite interne, ne tardent-ils pas à diminuer et même à disparaître.

La douche froide, selon l'intelligente pratique de Becquerel, est le meilleur moyen de combattre l'engorgement inflammatoire persistant dont la durée, l'intensité et l'énergie doivent être mesurées au degré de l'inflammation.

Pour tout traitement, on prescrit le repos presque absolu du lit ou de la chaise longue pendant les trois premiers jours, et des injections froides ou astringentes, tièdes ou émollientes, suivant la marche ou l'intensité des phénomènes phlegmasiques locaux, en attendant avec confiance les effets de cette méthode opératoire.

Ainsi, du 28 janvier 1858 au 12 février 1865, vingt fois l'opération de l'hystérocautomie, pratiquée dans onze cas d'antéversion, un cas de rétroversion, un cas d'antélatéroversion de l'utérus, six cas de rétroflexion et un cas d'antéroflexion du col utérin, a produit la guérison de toutes les flexions du col et de huit versions de l'utérus. Dans deux cas d'antéversion, le résultat a été complétement négatif; dans deux autres, un redressement insuffisant a été obtenu, mais les douleurs ont été considérablement amendées. (*Gaz. des hôp.*, mai.)

De l'hystérocautomie; nouvelle méthode chirurgicale pour la guérison des déviations utérines, par M. le docteur A Grenet, médecin de Barbezieux. Brochure de 33 pages in-8°, Paris.

I

ICTÈRE. Dans un grand nombre de cas, les anatomo-pathologistes allemands, ne trouvant pas d'obstacle au cours de la bile, l'attribuaient au défaut de sécrétion de la matière

colorante de la bile, introduite dans le sang. Virchow avait ainsi donné l'infiltration des cellules hépatiques par la matière colorante de la bile comme le critérium d'un ictère mécanique ou hépatogène; mais des recherches nouvelles lui ont montré une série d'altérations dans la portion intestinale du canal cholédoque qui se rencontrent dans beaucoup d'autres cas où, d'après le premier critérium, il pouvait être considéré comme purement hématogène. Ces lésions consistent dans un gonflement du tissu combiné à de l'hypérémie et de l'hémorrhagie autour de l'orifice du canal cholédoque dans l'intestin, dans une étendue de 3 à 6 lignes ; un bouchon blanchâtre composé de masses épithéliales du volume d'un grain de chènevis et visible par la pression seulement ; une étroitesse avec décoloration de la muqueuse contrastant avec une dilatation brusque et une coloration jaunâtre de tout le reste de ce canal.

Tels sont les nouveaux caractères anatomo-pathologiques attribués à l'ictère hépatogène catarrhal; or, se rencontrant dans l'ictère des nouveau-nés, celui du typhus, de la pneumonie comme de la pyohémie et l'empoisonnement par le phosphore considéré autrefois comme hématogène, il en résulte que celui-ci serait réduit à une très-grande rareté, à moins qu'il ne coexiste avec l'autre. L'ictère par cause mécanique et obstacle au cours de la bile serait donc de beaucoup le plus fréquent. (*Archiv. Berlin*, n° 28.)

IMPERFORATION ANALE. Aux faits curieux rapportés dans le volume précédent, M. Rizzoli en ajoute un non moins instructif. C'est une fille de neuf ans qui fut amenée à sa clinique pour un vice de conformation : l'anus faisait défaut et le rectum s'ouvrait à la vulve un peu en arrière de la fourchette. Il y remédia par une incision de la fourchette au coccyx allant jusque sur le rectum dévié. Il le détacha de la paroi postérieure du vagin et des tissus environnants en conservant les fibres musculaires qui entouraient son extrémité, pour former le sphincter, et le fixa par des points de suture à l'extrémité coccygienne de la division. La malade guérit sans accident et les matières fécales eurent ainsi une voie d'expulsion séparée qui permit à l'opérée de se marier plus tard. (*Gazz. med. di Torino*, n° 3.)

INFECTION PURULENTE. Voy. FIÈVRE.

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES. — ACTION. La prééminence de cette voie d'absorption sur toutes les autres résulte des expériences sur l'inoculation des matières putrides (voy. INOCULATION). Tandis que les injections dans la trachée ne produisaient que des effets légers et passagers, elles provoquaient les phénomènes les plus intenses et une mort rapide avec des lésions anatomiques étendues lorsqu'elles étaient faites par la voie endermique. Si, comme on le savait, cette voie d'absorption est plus active que celle de l'estomac en raison de ce que les substances n'étant ainsi en contact avec aucun corps étranger, ne subissent pas d'altération et pénètrent dans toute leur pureté dans le système circulatoire, comment se fait-il qu'injectées directement dans la jugulaire, ces substances putrides n'aient pas amené des effets aussi prompts ni si intenses? Il serait curieux de rechercher par des expériences comparatives avec des poisons médicamenteux, si c'est là une loi générale ou bien si ce n'est là qu'une exception due à la nature des liquides injectés ou des animaux qui ont été inoculés.

D'après les expériences rapportées par M. Georges, des poisons à très-haute dose peuvent être introduits sans danger dans l'économie par ce procédé, en appliquant une ligature au-dessus de la piqûre dès que les effets se manifestent. 5 centigrammes de curare ont ainsi été introduits à la patte de deux chiens qui se sont rétablis (*Soc. méd. pratique*). Ce résultat est infirmé par les expériences publiques de M. Cl. Bernard, qui, à cette haute dose, n'a pu arrêter l'empoisonnement ni la mort.

On pourrait toutefois utiliser cette donnée en thérapeutique avec des poisons comme la strychnine, l'atropine, etc. Une fois produit l'effet physiologique que l'on désire, on empêcherait toute prolongation, toute amplification par ce procédé, qui offrirait ainsi plus de garanties que l'usage interne, dont on ne peut mesurer ni limiter aussi facilement l'action.

DANGERS. L'un des principaux, suivant le professeur Nussbaum, de Munich, est de faire pénétrer la seringue dans une petite veine au lieu du tissu cellulaire. C'est ainsi qu'après s'être pratiqué lui-même plus de 200 fois des injections hypodermiques locales contre une névralgie du bras avec 25 centigrammes de morphine dans les vingt-quatre heures sans éprouver aucun accident, il lui arriva d'en éprouver de très-graves il y a deux mois, à la suite d'une de ces injections avec 10 centigrammes seulement dans 15 gouttes d'eau. Il a observé les mêmes effets chez

deux de ses malades. Dans ce cas, les accidents sont si instantanés, que l'opérateur en est prévenu avant que l'injection soit terminée. Il doit donc s'arrêter aussitôt. Et comme il n'est possible ni de prévoir ni d'éviter un semblable accident, il recommande de pousser du moins très-lentement ces injections comme un moyen de l'atténuer.

Injections d'atropine. L'action de cet alcaloïde est si redoutable que l'on ne saurait trop en montrer les dangers. Aux cas d'empoisonnement par la méthode endermique (voy. EMPOISONNEMENT) se joint celui d'une dame hystérique depuis son enfance, chez laquelle des douleurs névralgiques si vives et rebelles existaient à l'épaule droite et les parties environnantes, que M. le docteur J. Delaye, de Toulouse, ne connaissant pas sans doute la contre-indication de ce médicament chez les hystériques (voy. HYSTÉRIE), crut devoir pratiquer, le 5 juin, une injection hypodermique de 4 milligrammes d'atropine en solution. Un quart d'heure après, la malade ayant voulu se lever de son fauteuil, éprouve un étourdissement, tombe, crie, appelle; puis ne parle, ne voit, ni n'entend plus; un délire général avec hallucinations bizarres y succède. Surviennent ensuite des mouvements cloniques, yeux convulsés, dilatation énorme de la pupille, sécheresse et constriction de la gorge, respiration entrecoupée, pouls convulsif, peau sèche et froide; visage hagard.

Cet état dura pendant trois heures sans qu'il fût possible de rien faire avaler à la malade. Ce n'est qu'après ce temps que du café à haute dose et l'emploi d'une potion avec 15 gouttes de laudanum et 4 grammes d'iodure de potassium dissipèrent ces accidents. L'excrétion de l'urine seule persista dix-huit heures. La névralgie elle-même disparut au prix de ce grave danger. (*Journ. de méd. de Toulouse*, juillet.)

Deux conditions, il est vrai, se réunissaient ici pour faire naître cet accident : l'hystérie et la haute dose employée. Quand le valérianate d'atropine n'est employé à l'intérieur qu'à la dose de 1 à 2 milligrammes et produit ainsi parfois des accidents, comment n'en pas produire avec 4 milligrammes par la voie hypodermique, beaucoup plus active pour son absorption ? Ce n'est que graduellement que l'on peut arriver à cette dose et la franchir sans danger.

Voy. ABCÈS PÉRIPHRÉNIQUES.

Injections coagulantes. V. Anévrysme, Nævus.

Injections de morphine. Dans un cas de névralgie traumatique par une balle ayant traversé la cuisse de part en part et déterminé consécutivement des douleurs névralgiques intolérables à la plante du pied correspondant, M. Warren pratiqua des injections hypodermiques morphinées sur la jambe, qui eurent un complet succès. Leur action est ainsi prouvée, lors même qu'elles sont faites à une certaine distance du point douloureux. Bien plus, en injectant le membre sain, le soulagement était aussi prompt qu'en opérant directement sur le trajet du nerf lésé. Le point est d'autant plus important qu'il est souvent incommode de faire ces injections sur le point douloureux du nerf, comme on l'a conseillé. (*Am. med. Times*, 1864.)

C'est surtout cet avantage que le docteur Piedvache a fait ressortir dans sa thèse inaugurale lorsqu'il s'agit de combattre la douleur : préférence de la morphine sur l'atropine à cause de l'étendue de son action toute locale au contraire avec l'atropine. Les injections morphinées sont ainsi spécialement indiquées contre les douleurs profondes et inaccessibles. (*Bull. de thér.*, n° 3.)

Voy. Angine, Cancer, Hernie.

Injections au sulfate de quinine. Les effets généraux produits par une solution de quinine témoignent non moins hautement en faveur de la théorie de Hunter. C'est ainsi que la pratique toute locale de MM. Courty, Béhier, Bois, se trouve contredite par les expériences de M. Pihan-Dufeillay et d'autres expérimentateurs à ce sujet. (Voy. Fièvres intermittentes.)

M. Dodeuil a surtout mis ce fait en évidence à la Maison municipale de santé sous les yeux de M. Bourdon, en les employant à plus haute dose dans le rhumatisme articulaire (voy. *ce mot*). Il a provoqué et déterminé ainsi tous les signes d'ivresse quinique, sinon l'intoxication propre à ce médicament sur le pouls, les oreilles et les yeux. Ainsi, en administrant 40 centigrammes en une seule fois après le début du mouvement fébrile, la chute du pouls s'est produite avec une certaine régularité trois quarts d'heure après. — C'est le temps nécessaire à l'introduction du médicament dans le torrent circulatoire, ce que démontre son élimination en notable quantité dans les urines en moins de 30 minutes. Ces deux actions se sont manifestées avec une régularité jusqu'alors exceptionnelle en thérapeutique, bien que des

variations légères aient eu lieu non-seulement chez des individus différents, mais sur le même sujet, d'après les conditions individuelles qui influent sur la réceptivité du malade. Tout en visant à l'exactitude absolue, il est impossible pour cette raison d'arriver en médecine à une rigueur mathématique. Mais il résulte de ces faits que par la méthode hypodermique, les influences vitales agissant sur l'absorption sans être complétement anéanties, sont moins puissantes et moins nombreuses que par les autres voies.

La rapidité de ces effets physiologiques est d'ailleurs proportionnée à la dose. Avec 20 centigrammes, il faut quelquefois attendre une heure et demie pour constater l'élimination. Mais comme il n'est pas nécessaire que cet effet se produise pour obtenir l'effet thérapeutique cherché, on peut se borner à de moindres doses. M. Pihan-Dufeillay a obtenu ainsi la cessation des accès de fièvres intermittentes avec des doses très-faibles. Il n'est indiqué de recourir à des doses élevées que dans un cas pressant comme la fièvre pernicieuse, où il faut agir vite et sûrement. Sous ce rapport, en montrant que l'on peut impunément en saturer l'économie par cette voie en un si bref espace de temps, M. Dodeuil a rendu un véritable service à la science; mais il paraît avoir conclu à tort qu'il faut introduire une dose supérieure à la moitié et presque égale aux deux tiers de celle qu'on introduirait par la bouche pour en obtenir des effets identiques, puisque M. Pihan-Dufeillay a pu prévenir des accès intermittents avec une moindre proportion. Cette conclusion ne pourrait s'appliquer qu'au traitement du rhumatisme, et encore l'auteur a-t-il pu exagérer cette dose en voulant toujours obtenir les effets physiologiques du médicament.

Les bourdonnements d'oreilles et les troubles de la vue n'apparaissent d'une façon précise qu'au bout de deux heures et demie ; leur durée est variable et ils peuvent se reproduire par intervalles deux ou trois fois dans la journée.

La durée de l'élimination est généralement de vingt-quatre heures pour une dose de 40 centigrammes ; elle est souvent terminée en neuf heures avec la moitié. (*Bull. de thérap.*, août.)

Pharmacologie. L'action un peu trop énergique de l'acide sulfurique, la difficulté de le manier et les inconvénients résultant d'une solution trop acide sur la peau autant que sur l'absorption, ont engagé M. Dodeuil à ne pas s'en servir, non plus

que de l'eau de Rabel, employée par M. Pihan-Dufeillay. Sur l'avis de M. Claude Bernard que les acides végétaux étaient mieux tolérés que les acides minéraux, il l'a remplacé par l'acide tartrique. (V. RHUMATISME.)

Solution titrée. Pour obtenir une solution suffisamment concentrée et aussi peu irritante que possible et d'un titre connu, pouvant être préparée à l'avance, sans qu'elle s'affaiblisse, le docteur Am. Vée a rejeté toute addition d'acide. Substituant au sulfate de quinine ordinaire des pharmacies le sulfate acide qui est soluble dans l'eau sans addition, il le dissout simplement en augmentant la dose d'un quart dans les proportions suivantes :

Sulfate de quinine.	1 gramme.
Eau distillée.	11 gr,50

Pulvérisez le sel, introduisez-le dans un flacon avec l'eau, et maintenez le tout dans un bain d'eau tiède en agitant jusqu'à dissolution.

18	gouttes	contiennent	5	centigrammes de sel.
25		—	10	—
38		—	15	—
50		—	20	—
63		—	25	—

(*Bull. de thérap.*, août.)

Bien que très-diluée, cette solution, purement aqueuse, est d'autant plus importante que des accidents, non signalés par les expérimentateurs français, ont été observés à l'étranger. « Au mois de septembre dernier, dit le docteur Fischer, le docteur Schossberger me fit une injection sous-cutanée de 35 centigrammes de sulfate de quinine à la partie interne des deux avant-bras. A mesure qu'elle pénétrait, la solution me causait des douleurs violentes et brûlantes. Le lendemain, tuméfaction considérable des piqûres, avec chaleur et tache noire comme une pièce de un franc au centre, entourée d'un cercle jaunâtre avec rougeur au dehors. Après quelques jours, élimination d'une eschare entraînée par la suppuration, qui dura trois semaines. » (*All. Viener med. Zeitung.*) Si l'unicité de cet accident permet d'en rattacher la cause à une mauvaise préparation du médicament, c'est une raison de plus d'expérimenter comparativement les précédentes.

De la méthode hypodermique et de la pratique des injections sous-cutanées, par M. le docteur Jousset (de Bellesme). In-8° de 140 pages. Thèse inaugurable ayant remporté une mention honorable au concours annuel de la Faculté de Paris. Elle forme comme un traité complet de cette méthode thérapeutique, dont les applications s'étendent tous les jours. Mode d'action, instruments, agents médicamenteux, applications, effets, tout est indiqué avec soin et apprécié avec sagacité, comme on peut en juger par le *Memento* suivant :

Atropine. Dose de 0,001 à 0,005, pour éviter des accidents d'intoxication.

Solution normale au 100° — 0,30 de sulfate d'atropine pour 30 gr. d'eau. Il faut exécuter 2 demi-tours de piston de la seringue hypodermique pour injecter 1 milligr. de sulfate d'atropine.

Morphine. Les sels employés sont : le chlorhydrate et le sulfate. On peut commencer par administrer le chlorhydrate à la dose de 5 à 10 milligr., jusqu'à 50 milligr., et même au delà, suivant le degré de tolérance. 3 gr. de chlorhydrate de morphine pour 30 gr. d'eau distillée, solution au 10e, donnent 5 milligr. de sel par demi-tour de la seringue hypodermique. La solution au 20e (1 gr. sur 20 gr., soit 1 centigr. en quatre demi-tours) vaut mieux.

Narcéine. La dose de chlorhydrate de narcéine peut être portée sans danger de 0,10 à 0,40 centigr.

Les solutions au 10e, au 5e, etc., conviennent très-bien pour cette substance.

La *Codéine* n'a pas encore été employée chez l'homme en injections sous-cutanées : il y aurait intérêt à en essayer l'emploi.

Strychnine. Il convient de commencer avec prudence et de procéder par doses progressives : de 2 à 3 milligr. jusqu'à 0,01, mais *graduellement, progressivement.* Pour ce qui est du lieu d'élection, le but qu'on se propose répond à cette question : si l'on veut produire une action générale, il n'y a point de règle à ce sujet ; mais il est évident que si l'on veut traiter une paralysie locale, il convient de faire l'injection directement sur le trajet du nerf paralysé. Solution au 100e de chlorhydrate de strychnine (0,30 pour 30 gr. d'eau) donne 1 milligr. de sel pour 2 demi-tours.

Aconitine. Elle agit énergiquement à la dose de 1/2 à 2 milligr. ; il n'est pas prudent de dépasser cette dose. Solution 1/500e de sulfate d'aconitine.

Curare. La dose ne peut être précisée qu'après expérience faite sur un animal, lapin ou jeune chien, pour apprécier le degré d'activité, d'énergie du curare que l'on a pu se procurer : agir autrement serait dangereux, car rien n'est plus variable que la nature et l'énergie de ce poison : elles dépendent essentiellement de sa *provenance.*

La solution au 10e est très-commode, bien que déjà un peu épaisse, lorsqu'on ne doit pas injecter plus de 0,20, soit 0,20 de curare pour 2 gr. d'eau distillée, chaque tour (2 demi-tours) donne 0,01 de curare.

Sulfate de quinine. De 10 à 15 centigr. La solution acide jusqu'ici employée, sulfate dans l'eau acidulée par quelques gouttes d'acide sulfurique, a de sérieux inconvénients, la question des doses a été mal posée ; le sujet demande de nouvelles recherches.

Vératrine. Nitrate de vératrine injecté à la dose de 1/2 à 1 milligr. Médicament infidèle, dangereux et jusqu'ici imparfaitement étudié.

Colchicine. Essayée une fois seulement sur un goutteux et à la dose de 2 milligr., elle amena de très-vives douleurs sans modification utile ; on dut y renoncer.

Daturine. 6 à 15 gouttes d'une solution ainsi formulée : 0,05 de daturine pour 4 gr. d'eau distillée.

Conicine. Employée par Lorentz (de Brême) pour faire tomber le pouls dans les maladies inflammatoires (?) Doses de 1 à 6 et 7 milligr.

Nicotine. Employée avec succès par Erlenmeyer à la dose suivante : 4 gouttes de solution de 25 milligr. de nicotine dans 7 gr. d'eau.

Acide cyanhydrique. Injection de 2 à 6 gouttes dans un cas d'éclampsie, par Mc Leod.

Digitaline. Dose de 1 à 3 milligr. ; à peine employée ; substance très-irritante.

Ergotine. Essayée par Eulenberg, sans succès dans un cas

de toux convulsive, opiniâtre, chez un enfant de trois ans. 3 à 6 milligr. par jour en solution dans un mélange d'alcool et de glycérine.

Caféine. Injections à la dose de 1 à 2 centigr., au point douloureux dans la migraine.

Teinture de haschisch. 30 à 60 centigr., d'un mélange, en parties égales, de teinture de haschisch et d'eau distillée.

Des injections ont été essayées avec l'*émétine*, le tartre stibié, l'huile de croton, le chloroforme, etc.; elles sont irritantes, amènent de l'inflammation, des abcès et doivent être entièrement bannies de la pratique.

Voy. Bégaiement, Tumeurs.

INOCULATION. Le professeur Coze, de Strasbourg, et son chef de clinique, ont vu constamment se reproduire, par ce moyen, des infusoires nés dans diverses fermentations animales putrides. Des liquides provenant de cadavres ou de tissus macérés dans l'eau, le sang d'un malade atteint d'infection putride et celui d'animaux infectés et morts de cette manière ou de liquides provenant de leurs organes, dilués dans l'eau distillée pure et injectés dans la jugulaire, la trachée ou le tissu cellulaire de lapins, ont donné naissance à des vibrioniens en plus ou moins grande quantité au sein de ces nouveaux organismes, et déterminé une leucocythose infectieuse et mortelle. Mais, distinction remarquable et de la plus haute importance pratique si elle se confirme, tandis que les injections par la trachée ne provoquaient que des effets légers et passagers, les injections sous-cutanées provoquaient les phénomènes les plus graves, et une mort rapide révélait à l'autopsie la dégénérescence graisseuse du foie, des reins et l'inflammation du poumon (*Gaz. méd. de Strasbourg*, mars). En confirmant la rapidité d'absorption par la voie sous-cutanée, ces expériences tendent à révéler une prééminence absolue de cette méthode thérapeutique. (Voy. Injections sous-cutanées.)

IODE. Pour prévenir l'action trop vive de la teinture appliquée en lotions sur la peau et la transformation de vésicules ou de pustules qui, en s'ouvrant, laissent le derme à nu et font interrompre le traitement, M. Sigmund y ajoute partie égale de teinture de noix de galle. Il augmente même les proportions de celle-ci pour les malades dont la peau est très-fine. Les

adénites chroniques et les bubons syphilitiques en sont généralement modifiés d'une manière favorable (*Vien. medin. Vochensch.* 1864).

Par les bons effets qu'il en a obtenus contre la syphilis, M. Guillemin propose de le substituer à l'iodure de potassium. (Voy. SYPHILIS.)

Iodisme. Le docteur Benedikt ayant vu une injection de teinture d'iode produire tout à coup une paralysie de la respiration et de la circulation, entreprit de rechercher l'action de l'iode sur le système nerveux. Ses expériences, au nombre de 70, faites sur des grenouilles avec une solution aqueuse d'iodure de potassium — 1 partie sur 4 — et de teinture d'iode — 1 partie sur 3 à 6, — lui ont montré :

1° Que l'iode pur et l'iodure de potassium affectent tout d'abord la respiration, celui-ci plus que celui-là ;

2° Que la sensibilité diminue graduellement et finit par disparaître;

3° Que le cœur est paralysé plus vite par l'iode que par l'iodure;

4° Que la contractilité musculaire disparaît plus tôt que celle du cœur par de petites doses.

L'empoisonnement se fait donc par le système nerveux. Appliqués sur l'extrémité centrale de la moelle, ces deux agents ont arrêté la respiration, la circulation et la contractilité des muscles beaucoup plus rapidement qu'introduits dans le torrent circulatoire. Les signes d'intoxication apparaissent plus lentement si le poison est appliqué à l'extrémité périphérique de de la moelle. Introduits dans le système circulatoire, l'iode et l'iodure de potassium exercent donc leur action toxique en attaquant la partie centrale de la moelle épinière, et excitent ou paralysent ainsi les organes de la respiration, les fibres sensibles et les fibres motrices. (*Gaz. méd.*, 1864.)

Il résulta, dans un cas observé par M. Gillespie, sur un émigrant indien de dix-sept ans, du simple badigeonnage de la teinture d'iode sur quelques ganglions tuméfiés de la région parotidienne. Cinq heures après, il y eut des vomissements et des selles liquides d'une couleur jaunâtre. Le lendemain, tous les symptômes de l'iodisme existaient ; pouls petit et rapide, anxiété, soif intense, sensation de brûlure du côté de l'abdomen, vomissements, diarrhée, suppression des urines. Rien du côté du cerveau. Malgré le traitement par les opiacés

et l'amidon, la mort survint trente heures après l'intoxication.

L'autopsie ne présenta rien de particulier. 45 grammes d'urine trouvée dans la vessie contenaient des traces d'iode. (*Med. Times*, n° 749.)

Un nouvel inhalateur, construit par M. Charrière, est destiné particulièrement à faire respirer l'air saturé d'iode à l'état de vapeur avec l'avantage d'en pouvoir régler thermométriquement la quantité à volonté. Il permet également de diriger ces vapeurs sur toutes les parties du corps.

Iodothérapie, ou De l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections et des badigeonnages iodés, par A. A. Boinet, chirurgien consultant des Maisons impériales de Napoléon, etc., etc. *Ouvrage couronné par l'Académie des sciences et par l'Académie de médecine.* Deuxième édition. Un vol. in-8° de 1142 pages.

IRIDECTOMIE. *Hernie de l'iris.* Chez une opérée de M. Martin (de Marseille), dont l'ouverture de la cornée était de 8 à 10 millimètres, cet accident se révéla le quatrième jour en levant le premier appareil, par une sensation de gravier. C'était une hernie irienne de la grosseur d'une tête d'épingle. Il suffit d'appliquer quelques disques gélatineux de fève de Calabar pour faire réduire aussitôt cette hernie, et trois jours après, le 18 mars, sept jours après l'opération, la jeune fille était complétement guérie. (*Gaz. des hôp.*, n° 68.)

Contre les hémorrhagies intra-oculaires consécutives à cette opération, le docteur Heymann a pratiqué des injections avec une solution de sel de cuisine. Après avoir donné issue à la plus grande partie du sang avec la curette de Daviel, cette solution, placée dans une seringue de Pravaz et maintenue à la température du sang, fut injectée goutte à goutte pour remplir le vide sans qu'il en résultât de douleur. Trois injections semblables suffirent pour dissoudre le reste du sang et l'entraîner hors de l'œil. (*Ann. d'oculistique.*)

J

JURISPRUDENCE. Exercice illégal. *Magnétisme.* En provoquant, sur tous les points de l'empire la répression de l'exercice illégal, les associations locales des médecins rendront

de grands services aux populations qu'ils préserveront ainsi de dangereux empiriques, lesquels, sous le manteau de la charité, ne se livrent souvent qu'à l'escroquerie la mieux qualifiée. Le tribunal correctionnel d'Avignon en a offert des exemples, dans ses audiences des 14, 21 et 28 décembre 1864, qui ne doivent pas rester ignorés.

Alexis Vève, dit le *Perroquet*, âgé de cinquante-trois ans, cultivateur à Robions, était connu, dans le canton de Cavaillon, comme possédant un onguent infaillible pour guérir les panaris; si quelquefois le mal résistait au remède, il avait recours au bistouri ou même aux simples pincettes pour faire disparaître le doigt malade, et les opérations chirurgicales auxquelles il se livrait, s'il faut en croire un témoin, auraient amené la mort de l'un de ses trop crédules clients. Vève reconnaît les faits relevés à son encontre, et prétend avoir apporté son secret de Cayenne ; il ajoute qu'il faisait de la médecine par charité, sans toutefois refuser les petits cadeaux qu'on lui offrait en nature ou en argent.

Andruéjol, herboriste, est déjà connu au Palais; il a eu à comparaître devant le tribunal une première fois pour des faits de même nature ; il est incorrigible, et, cette fois, il ajoute l'escroquerie à l'exercice illégal de la médecine. Il jouit d'une certaine popularité à Avignon ; il applique des *emplâtres* et administre une *poudre fébrifuge*, que des personnes intelligentes, il faut le dire à regret, ont employés quelquefois en les payant fort cher. D'autres ont bien payé les remèdes, mais elles les attendent encore. Andruéjol est porteur de nombreux certificats, tous conçus dans les mêmes termes, et *légalisés* par les maires des communes où il a exercé son industrie:

La lettre suivante d'un homœopathe, produite au procès comme pièce à décharge, montre assez les rapports étroits de cette *homœoniaiserie* avec l'empirisme trompeur et dangereux des plus vils charlatans.

« Mon cher Andruéjol,

» Je suis passé chez vous, ce matin, et je n'ai trouvé que » votre femme. Arrangez-vous de façon à venir à Marseille » passer une quinzaine de jours ; *il y a de l'argent à gagner;* » apportez de la poudre en quantité, et surtout ayez soin d'être » bien habillé, parce que les gens qui ne sont pas bien mis » n'inspirent pas de confiance. Je vous prendrai en passant à » Avignon. Mes amitiés à madame Andruéjol, et tout à vous » de cœur. AUGIER, D. M. »

L'inculpé Robert, de Bollene, est un empirique des plus dangereux ; d'abord condamné à dix ans de reclusion pour faux par la cour d'assises de Vaucluse, il a subi de nombreuses condamnations pour exercice illégal de la médecine. Gilles, officier de santé, déjà plusieurs fois également frappé par la justice, n'a tenu aucun compte des condamnations qu'il a encourues. Tous deux se rendaient à Avignon à de fréquents intervalles, s'installaient dans un appartement de l'hôtel des Trois-Mulets, où ils recevaient de nombreux malades, que Gilles, l'agent responsable de son dangereux complice, visitait, et auxquels il donnait des consultations dont Robert retirait le prix.

Après l'audition de nombreux témoins qui ont confirmé les faits indiqués par la prévention, M. Roussel, substitut, a, dans un remarquable réquisitoire, habilement relevé les charges qui s'élevaient contre chacun des prévenus. Ce magistrat a démontré, dans un langage élevé, que les actes d'exercice illégal de la médecine ne portent pas seulement atteinte aux intérêts légitimes des médecins, mais qu'ils compromettent gravement la santé publique ; que ces dangereux empiriques loin d'apporter aux malades une guérison qu'ils promettent toujours, laissent aggraver quelquefois le mal et rendent souvent la guérison impossible. Il a, en outre, établi, à l'aide de la jurisprudence et de la doctrine, que le corps médical, justement alarmé des abus qui se produisent sous ses yeux, pouvait intervenir et demander une réparation que les tribunaux ne sauraient lui refuser. Enfin, M. le substitut a requis une application sévère de la loi contre ces hommes qui se font un jeu de la santé publique, et qui sont d'autant plus à craindre qu'ils trouvent un accès plus facile auprès des ignorants.

Après une spirituelle plaidoirie de M. Fortunel, soutenant les droits du corps médical et demandant des dommages-intérêts, le tribunal, après une longue délibération, a rendu un jugement condamnant : Vève, à 15 fr. d'amende et 25 fr. de dommages-intérêts ; Andruéjol, à un mois d'emprisonnement, 30 fr. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts ; la femme Andruéjol, à 30 fr. d'amende ; Robert, à 45 fr. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts ; Gilles, à 45 fr. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts. (*Union méd.*, n° 7.)

On ne peut que déplorer le peu de sévérité de la loi contre des délits aussi graves et qui sont de véritables crimes de lèse humanité. Aussi doit-on applaudir sans réserve à l'interpréta-

tion intelligente et juste que le tribunal correctionnel de Niort en a faite dans l'affaire Morel en cumulant les peines. Cette jurisprudence, qui tend de plus en plus à s'établir depuis les efforts tentés par les conseils judiciaires de l'Association pour la faire prévaloir, a reçu ainsi une éclatante confirmation par le jugement suivant du 20 janvier 1865:

« Le tribunal a condamné la femme Morel à 10 francs d'amende pour chacune des 173 contraventions d'exercice illégal de la médecine relevées contre elle ;

Morel, son mari, à pareille somme de 10 fr. pour les 84 contraventions du même chef relevées contre lui, et la femme Redon à pareille somme de 10 fr. pour chacune des 69 contraventions de même nature relevées à sa charge ;

Morel et sa femme, pour délits d'escroquerie, chacun à un an et un jour d'emprisonnement, chacun à 1000 fr. d'amende, ne se confondant pas avec les amendes ci-dessus mises à leur charge, et de plus, à tous les frais solidairement et proportionnellement avec la femme Redon, en fixant à un an la durée de la contrainte par corps. (*Union méd.*, n° 10.)

Ainsi voilà un jugement qui, tout en acquittant du délit de blessure par imprudence mis à la charge des prévenus par l'accusation, ne se traduit pas moins en un total de 3,460 fr. d'amende pour exercice illégal, la prison et une amende pour escroquerie. Ainsi interprétée, aucune loi ne donnerait une pénalité aussi sévère et aussi efficace. Il est donc à souhaiter qu'elle le soit toujours ainsi.

Sur l'appel des condamnés devant la Cour impériale de Poitiers, après un réquisitoire très-remarquable de l'avocat général Camoin, et par un arrêt longuement motivé, des circonstances atténuantes ayant été admises, la peine de la prison a été réduite à 3 mois, et l'amende à 200 fr. Ce réquisitoire et les considérants se trouvent dans l'*Union médicale*, nos 67 et 68.

Au contraire, une application bien rigoureuse de la loi a été faite dans la personne de M. Lemartret, ancien chirurgien de marine, admis au concours interne à l'hôpital du Vésinet, ayant passé cinq examens et n'ayant plus à subir que sa thèse inaugurale. M. Queudot, médecin à Voulx, près de Fontainebleau, l'envoyait près de ses malades quand il ne pouvait les visiter lui-même. Sur la plainte de M. Haite, officier de santé, le tribunal correctionnel de Fontainebleau a vu là le délit d'exercice illégal et condamné le délinquant à 30 francs d'amende,

jugement confirmé par la cour de Paris. N'est-ce pas le cas d'appliquer la sentence : *Dura lex, sed lex*, car en considérant le caractère de la dénonciation et la position spéciale du dénoncé, n'y avait-il pas lieu à une exception en sa faveur ?

Par jugement du 14 mars 1864, le tribunal correctionnel de Bourges a condamné un pharmacien, pour exercice illégal de la médecine, débit de médicaments sans ordonnance, et pour blessure involontaire, à 5 francs d'amende par chacune des deux contraventions à l'art. 35 de la loi du 19 ventôse an XI, et à 500 francs de la même peine par chacune des deux contraventions à l'art. 32 de la loi du 21 germinal an XI ; et en outre, aux dépens liquidés.

Contrairement à la décision du tribunal de Cusset, jugeant sur la poursuite des pharmaciens de Vichy que les fermiers de ces sources avaient le droit de débiter les pastilles de Vichy, le tribunal correctionnel de la Seine, 7e chambre, a décidé que c'était un médicament, qu'aux pharmaciens seuls appartenait le droit de le préparer et le débiter, et a condamné pour ce fait un droguiste et deux confiseurs.

Prête-nom. — Un docteur en médecine ne rougissait pas de couvrir de son diplôme un charlatan italien, sans titre, qui, publiquement, dans les rues et les places de Lille et d'autres villes environnantes, pratiquait des opérations sanglantes, vendait et distribuait des remèdes. Le tribunal correctionnel de Lille a vu dans ces deux faits une atteinte à la loi, et par jugement du 11 octobre, il les a condamnés solidairement en vertu des considérants dont voici les principaux :

« Qu'ainsi Bennati a exercé illicitement la médecine et la chirurgie, en prenant le titre de docteur, par des paroles et par des manœuvres qui l'indiquaient comme tel à chacun;

Attendu que Colandre s'est rendu complice de ce délit en aidant et assistant Bennati de son titre de docteur, de sa présence et de son concours pour cet exercice illicite ;

Qu'il s'agit ici, non pas d'une simple contravention comme au cas d'exercice de la médecine sans usurpation de titre, mais bien d'un délit où les règles de la complicité doivent s'appliquer ;

Attendu que Bennati et Colandre ont tous deux débité au poids médicinal et distribué des drogues et préparations médicamenteuses sur les places publiques de Lille, Roubaix et Tourcoing, qu'ils ont annoncé par affiches imprimées des remèdes

secrets et que tous deux en ont vendu ; qu'il n'y a pas à distinguer entre les remèdes internes et externes, la loi étendant ses défenses à tout ce qui peut produire au corps humain les effets d'un médicament ;

Vu les articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, et l'article 60 du Code pénal ;

Les articles 32 et 36 de la loi du 25 germinal an XI, et l'article unique du décret du 29 pluviôse an XIII ;

Les articles 194 du Code d'instruction criminelle et 55 du Code pénal ;

Le tribunal déclare Guido Bennati coupable d'avoir, en août et septembre 1865, à Lille, exercé sans diplôme la médecine et la chirurgie en prenant le titre de docteur ;

En conséquence, le condamne à une amende de 1000 francs;

Coupable d'avoir, auxdits lieux et temps, débité des drogues et préparations médicamenteuses sur les places publiques et annoncé par affiches imprimées des remèdes secrets ;

En conséquence, le condamne à une amende de 600 francs;

Coupable d'avoir, auxdits temps et lieux, vendu des remèdes secrets ;

En conséquence, le condamne à une amende de 600 francs;

Déclare Martin Colandre coupable de s'être, en août et septembre 1865, à Lille, rendu complice de l'exercice illégal de la médecine, commis par Bennati en prenant le titre de docteur ;

En conséquence, le condamne à une amende de 1000 francs;

Coupable d'avoir, auxdits lieux et temps, débité des drogues et préparations médicamenteuses sur les places publiques, et annoncé par affiches imprimées des remèdes secrets ;

En conséquence, le condamne à une amende de 600 francs;

Coupable d'avoir, auxdits lieux et temps, vendu des remèdes secrets;

En conséquence, le condamne à une amende de 600 francs;

Condamne Bennati et Colandre aux frais du procès;

Plus, 3 francs de poste ;

Prononce contre eux la contrainte par corps pour le recouvrement des amendes et des frais, en fixe la durée à un an;

Prononce la solidarité entre eux en ce qui concerne les amendes de 1000 francs et pour les délits et les frais du procès. »

La répression ici est du moins exemplaire et proportionnée à la gravité du délit, au mépris de la loi et au dommage causé. Si tous les tribunaux usaient de cette juste sévérité, l'exercice

illégal ne serait pas si fréquent ni si audacieux, et la santé publique mieux garantie.

Restriction du diplôme.— Seule des États européens, sinon avec la Turquie, l'Angleterre avait résisté jusqu'ici, comme les États-Unis, à exiger des médecins étrangers la constatation de leur savoir professionnel, pour obtenir le droit d'exercice sur ses terres. Le diplôme émanant d'une Faculté *authentique* n'est-il pas une garantie suffisante ? Il suffirait en pareil cas de s'assurer de l'identité de celui qui le présente ou du moins ne pas l'assujettir à de nouveaux frais universitaires, car il semble par là que l'on vend ce droit d'exercice local. Et du moment qu'une autorisation de bon plaisir peut l'accorder et l'accorde dans certains cas, il serait juste de le délivrer gratuitement jusqu'à ce qu'un traité international établisse réciproquement, comme pour la propriété littéraire, cette faculté d'exercice entre les parties contractantes.

Au lieu d'étendre libéralement ce droit, le *Medical Council* tend à le restreindre de plus en plus. Il ne s'agit pas seulement, par l'amendement qu'il sollicite au *Medical Act*, de 1858, d'assujettir les médecins étrangers à de nouvelles épreuves et à un titre anglais pour avoir le droit d'être inscrits sur le *Medical Register*, il exige même cette formalité de ceux qui ont été reçus dans les universités coloniales du Canada, l'Inde, l'Australie, etc., pour exercer dans la métropole. C'est proclamer soi-même sa supériorité et son intolérance devant l'admission des diplômes anglais dans toutes les colonies. Dans cette voie rétrograde, il ne reste plus qu'à limiter le droit d'exercice à la circonscription de l'université où l'on est reçu. Mieux vaudrait, pour la libre Angleterre, s'appliquer à réduire le nombre de 19 de ses corps conférant des grades, *licensing bodies*, et dont plusieurs abusent en vertu de priviléges surannés.

Liberté d'exercice. Depuis plus de 30 ans, le gouvernement bavarrois s'arrogeait le pouvoir arbitraire de désigner aux médecins les localités où ils devaient exercer. Sous prétexte de répartir uniformément les secours médicaux sur la surface du pays, chaque médecin, nouvellement reçu, recevait ainsi officiellement sa destination, comme en France un curé la reçoit de son évêque, sauf à le changer quelques années plus tard pour une localité plus avantageuse, et cela sans compensation. Les abus innombrables de ce système protecteur à l'excès, et

le préjudice en résultant pour les populations de certaines localités qui se voyaient enlever leurs médecins dès qu'ils s'étaient familiarisés avec le climat, les habitudes locales, la constitution générale de la population, les maladies dominantes, etc., toutes conditions si nécessaires au praticien et qui n'avaient jamais ainsi que des débutants, ouvrirent enfin les yeux de l'autorité. Par un décret du 3 février, le roi a rendu la liberté aux médecins de s'établir partout où bon leur semblerait, et nul doute qu'à l'avenir le service sanitaire ne s'établisse aussi uniformément et avec bien plus d'avantages pour les malades et les médecins qui trouveront également leur compte à ce rétablissement de la liberté individuelle.

De l'exercice de la médecine, nécessité de reviser les lois qui le régissent en France. Lettres adressées à M. Jules Simon, par M. le docteur Delvaille (de Bayonne), précédées d'une lettre de M. Jules Simon. Un vol. in-8 de 144 pages. *Germer-Baillière.*

Exposé sommaire et lucide de tous les motifs et les raisons militant pour une nouvelle loi organique de la médecine tendant à accorder au médecin le rang et les droits qu'il mérite et qui, trop souvent, lui sont refusés.

Responsabilité médicale. Le docteur Brenet est appelé, en mars 1862, à donner des soins à un sieur Bonnardin, à 8 kilomètres de son domicile, pour une fracture de l'extrémité inférieure du fémur résultant du choc d'une feuillette de vin en déchargeant celle-ci. Notre confrère constata la fracture et la présence du fragment inférieur très-court du fémur dans le creux poplité, mais le gonflement considérable l'empêcha de procéder à la coaptation immédiate. Il immobilisa le membre avec un appareil modérément serré et l'entoura de compresses imbibées d'un mélange résolutif; le gonflement augmenta les jours suivants, devint inflammatoire, et des accidents graves auraient pu résulter de manœuvres intempestives dont le docteur Brenet s'abstint prudemment.

Au bout de deux mois, les accidents inflammatoires et le gonflement ayant disparu, le blessé, qui se trouvait loin de son domicile au moment de l'accident, se fit transporter chez lui, à 15 kilomètres du lieu où il avait reçu les premiers soins. Là, d'autres médecins appelés constatèrent que le fragment inférieur du fémur n'avait contracté aucune adhérence solide; ils le re-

dressèrent facilement, après éthérisation préalable, et le maintinrent réduit à l'aide d'un appareil convenable, ce qui eût été fait de même par le docteur Brenet, médecin éclairé, si le blessé fût resté soumis à ses soins.

Mais les nouveaux confrères, sans tenir compte des difficultés et des impossibilités primitives, ont eu l'imprudence de délivrer au blessé des certificats constatant que les indications n'avaient pas été suffisamment remplies par le premier médecin traitant ; aussi, lorsque M. Brenet a réclamé ses honoraires (125 fr. pour une douzaine de visites faites à 8 kilomètres de son domicile), non-seulement il se les est vu contester, mais encore est-on venu lui opposer une demande reconventionnelle en 500 francs de dommages et intérêts.

M. Brenet, en exposant ces faits au bureau du Comité local de l'Association de Saône-et-Loire, le 11 septembre dernier, a réclamé de sa part une intervention active qui lui a été justement accordée. Me Renaud, avocat du barreau de Châlon, conseil judiciaire de l'Association, a été chargé de le soutenir en même temps que l'Association rédigeait simultanément, à Mâcon et à Châlon, des notes explicatives qu'elle a fait parvenir au tribunal, revêtues de la signature de tous les médecins, membres de l'Association, desquelles il résulte que le seul blâme encouru par M. Brenet est la modicité des honoraires réclamés.

Cette assistance confraternelle a eu un plein succès et démontre les avantages que les membres de l'Association peuvent attendre de cette institution d'assistance morale et professionnelle. Si les médecins appelés à remplacer M. Brenet en eussent fait partie, le sentiment de la solidarité confraternelle les eût empêchés de délivrer un certificat contre lui sans lui demander des renseignements, et le scandale d'un procès eût été évité au corps médical. Que le docteur Brenet ne s'y fût pas rallié, au contraire, et ses efforts isolés eussent probablement échoué malgré la justesse de sa cause, comme tant d'autres faits en déposent, et l'on aurait à déplorer une nouvelle condamnation d'un confrère; car les faits avaient été singulièrement travestis par la partie adverse, et les conclusions du procureur impérial n'étaient pas favorables, puisqu'il croyait devoir demander une réduction d'honoraires. En tout cas, cette assistance a démontré à la justice que les médecins étaient décidés à se prêter un mutuel appui lorsque l'un d'eux était l'objet d'injustes attaques ou de réclamations mal fondées.

Voici le texte du jugement prononcé par le tribunal de Châlon :

« Considérant que les deux demandes, tant principale que reconventionnelle, sont fondées sur le même fait, l'opération pratiquée par le docteur Brenet au sieur Bonnardin et le traitement qui en a été la suite; que, suivant le demandeur, cette opération est un acte de sa profession de médecin, d'où est né pour lui le droit de réclamer des honoraires; tandis que, suivant Bonnardin, cette opération, à raison des fautes commises par le médecin, lui aurait causé un préjudice pour lequel des dommages et intérêts lui sont dus; en sorte que c'est de l'appréciation que fera le tribunal du fait qui lui sert ainsi de base aux deux prétentions, que dépendra la décision à rendre sur l'une et l'autre demandes;

Considérant qu'il n'y a pas de raison pour que les art. 1382 et 1383 du Code Napoléon, dont les dispositions sont générales, ne s'appliquent pas aux médecins; mais que, lorsqu'il s'agit de l'exercice de leur profession, c'est avec la plus grande réserve que l'on doit décider qu'une responsabilité est encourue par eux;

Considérant qu'un chirurgien qui opérerait contre toutes les règles que l'art indique, ou se servirait d'instruments autres que ceux qui sont usités, ou bien enfin commettrait une faute très-grave et estropierait ainsi le sujet ou en occasionnerait la mort, pourrait être déclaré responsable; mais que, s'il avait opéré suivant les règles de l'art, il n'encourrait aucune responsabilité, quels qu'aient été les résultats de l'opération, et lors même que l'on pourrait prétendre que cette opération, faite avec plus d'habileté, aurait été plus avantageuse ou moins funeste pour le malade;

Considérant qu'exiger la responsabilité médicale au delà de certaines limites, ce serait priver les malades des secours de l'art précisément dans le cas où ils en ont un besoin plus urgent; qu'en effet, quand un accident grave et réclamant un secours immédiat arriverait, aucun médecin n'oserait se hasarder à opérer le malade dans la crainte que si, malgré ses efforts, le mal a des conséquences funestes, il ne soit accusé lui-même de les avoir occasionnées, et chacun d'eux exigerait alors le concours de confrères qui viendraient à l'opération ou au traitement, ce qui aurait le plus ordinairement pour résultat, en perdant un temps précieux, de laisser le malade, ou tout au moins de rendre le mal incurable;

Considérant que le sieur Bonnardin ayant eu le fémur brisé en plusieurs morceaux au-dessus de l'articulation du genou, le docteur Brenet fut appelé pour réduire cette fracture et donner les soins que nécessitait l'état du blessé;

Considérant que lorsque deux ans se sont écoulés, et que le docteur Brenet réclame des honoraires, prix de l'opération qu'il a faite et des soins qu'il a donnés au sieur Bonnardin, celui-ci refuse le payement qui lui est demandé, en prétendant que le demandeur l'a mal opéré et aurait, par sa maladresse, nécessité une seconde opération et ainsi occasionné une continuation de souffrances et d'incapacité de travail pour lesquelles il réclame des dommages et intérêts;

Considérant que les faits articulés par Bonnardin ne sont pas concluants; qu'en effet, lors même que d'autres médecins auraient cru devoir faire une seconde opération, cela ne prouverait pas que la première ait été faite contrairement aux règles de l'art; et que, quant aux autres accidents manifestés, rien ne pourrait établir que ce n'était pas une conséquence naturelle de la fracture grave arrivée à Bonnardin;

Considérant que, eu égard à l'importance de l'opération, aux soins qu'a donnés le médecin et à la distance qu'il fallait parcourir, la somme réclamée paraît modérée au tribunal, qui croit devoir l'allouer;

Statuant sur la troisième question, déclare non concluants les faits articulés par le défendeur et rejette la demande reconventionnelle; déclare bien fondée la demande principale, et condamne, en conséquence, Bonnardin à payer au docteur Brenet la somme de 125 fr., avec intérêts à compter du jour de la demande en justice. » (*Union méd.*, n° 58.)

En Angleterre, plus qu'en aucun autre pays du monde, les médecins sont exposés aux récriminations légales de leurs clients; nous disons légales pour les différencier de ces criailleries qui sont le pain quotidien du médecin. La loi est plus libérale en France qu'en Angleterre. Elle protége assez efficacement le médecin pour qu'il n'ait, dans les cas ordinaires de sa pratique, rien à craindre des demandes reconventionnelles qu'on oppose à l'envoi de ses notes, et qui ont pour but de renverser les rôles et de transformer le créancier en débiteur. Les Anglais, malgré leur gros bon sens pratique, n'en sont pas encore arrivés là, et un chirurgien anglais, M. F. Gérard, âgé de soixante-dix ans, vient d'être condamné à trois mois d'emprisonnement,

pour n'avoir pas agi activement dans un accouchement laborieux. Voilà ce qu'a décidé un jury anglais, de sa science certaine. Une autre fois, sans doute, il décidera qu'un accoucheur a agi trop activement en appliquant le forceps ou en donnant l'ergot de seigle, et que dame nature eût pu suffire aux frais de l'accouchement. On conçoit que, devant de pareilles alternatives, les médecins aient songé à la formation d'une société qui doit porter le nom de *Medical defense Association*, et dont le but est de donner une assistance matérielle et morale aux confrères prévenus.

Erreur médicale. Dans un mémoire sous le titre : *Le médecin est-il responsable devant la loi?* le professeur Nonnis, président de la Faculté de médecine de Cagliari, conclut négativement :

1° Parce que l'on ne peut distinguer les erreurs du médecin des erreurs et des difficultés de la science si variable, si obscure dans ses applications pratiques sur les divers individus, que l'on ne peut rien fixer de positif ni d'absolu dans les actes thérapeutiques, nonobstant les plus manifestes indications.

2° Parce que ce qui est taxé d'erreur par les uns, n'est qu'un accident, une inadvertance pour d'autres, d'autant plus que tout est variable et d'opinion personnelle dans les préceptes de la science et que personne n'est ni ne doit être responsable d'une opinion erronée, pas plus que ne le sont les experts, les jurés ni les magistrats, qui interprètent la loi à leur guise.

3° Le médecin et le chirurgien ne peuvent être responsables que des actes exécutés de propos délibéré dans une intention manifestement méchante et coupable pour offenser l'individu ou la société et leur nuire. Les lois tutélaires ne sont applicables que pour réprimer et punir les délits et les crimes semblables. (*Sardegna med.*, n° 5.)

Certificats timbrés. Deux médecins de la Haute-Vienne ayant délivré des certificats sur papier libre, l'un à un indigent, comme médecin du bureau de bienfaisance, pour déclarer qu'il était dans l'impossibilité de se rendre à l'hôtel de ville, l'autre pour constater, comme directeur d'un asile d'aliénés, l'état de démence de l'un de ses malades, ont été en butte aux réclamations de l'administration du timbre. D'autre part, un honorable membre de l'Association locale de Cherbourg ayant de même délivré sur papier libre un certificat constatant l'incapacité d'un malade de se rendre à un conseil de famille, s'était vu

réclamer une amende de 60 francs, quoique ce certificat eût été visé pour timbre.

Dès lors et sur la demande de M. Bardinet, président de l'Association des médecins de la Haute-Vienne et de celle de Cherbourg, le conseil général de l'Association a dû s'enquérir « si le médecin qui délivre un certificat quelconque sur papier libre est passible d'une amende de 60 francs », pour éclairer le corps médical à cet égard.

Déjà Me Bowiel avait dit à l'assemblée générale qu'il avait remarqué que depuis longtemps l'administration des finances, toujours féconde en moyens ingénieux de remplir ses coffres, essayait de faire passer le principe que tous les certificats doivent payer timbre, et qu'en cela elle avait pour elle la loi du 13 brumaire an VII. Or, le droit émanant de cette loi a été explicitement reconnu de nouveau par Me Guerrier, membre du conseil judiciaire de l'Association, dans une consultation d'où résulte que l'obligation du timbre est *absolue*, et que pas un certificat de médecin ne doit être délivré autrement que sur papier timbré de 50 cent.

« *Dura lex, sed lex*, » a dit Me Guerrier. (*Union méd.*, n° 3.)

Déclaration de naissance. Un médecin de Bordeaux accouche une dame américaine dont le mari est absent, et sur son affirmation et celle du consul de sa nation, il se borne à faire sa déclaration à celui-ci. Ce n'est que le quatrième jour que, pour s'assurer de la régularité de sa conduite, il s'adresse à la mairie, où on le renvoie au procureur impérial, qui le blâme très-vertement de ne pas avoir fait sa déclaration dans les trois jours, le prévenant que par cette omission il a encouru la prison. Ce n'est qu'en vertu d'un jugement du tribunal qu'il put rectifier sa conduite et obtenir l'inscription sur les registres de l'état civil, en concordance avec celle du consulat américain (*Soc. de méd. de Bordeaux*). Exemple pour ne jamais s'écarter des articles 55 et 56 du Code civil, car l'excuse de l'ignorance de la loi n'étant pas admise, surtout en pareil cas, leur oubli pourrait occasionner des désagréments pires que dans celui-ci.

Dons manuels in articulo mortis. Un médecin a-t-il le droit d'en recevoir d'un malade pour les remettre à un tiers? Telle est la question posée à M. Legrand du Saulle, en sa double qualité de médecin et d'avocat. Question neuve et originale, soulevée par le fait suivant : Un fonctionnaire public, âgé de

50 ans, célibataire, se met au lit le 1er octobre, avec les symptômes très-évidents du choléra. Il donne aussitôt une somme d'argent à sa vieille domestique et prie son médecin de vouloir bien remettre à une personne qu'il lui désigne, différents bijoux et un portefeuille contenant des lettres, des billets de banque et des valeurs assez importantes. Intimidé et ne voyant là qu'une bonne action à accomplir, le médecin accepta le mandat, et le cholérique étant mort le lendemain, il remplit fidèlement sa mission quelques jours après.

Après une dissertation sur les conditions légales des donations, le consultant, serrant de près la question spéciale, y donne la solution suivante :

Le don manuel, fait par un moribond est valable sans doute, s'il est sain d'esprit. Mais, dans l'espèce, le médecin peut mettre de son côté de sérieuses probabilités, s'élever des données scientifiques à l'examen du fait particulier, et doser en quelque sorte la somme d'intelligence restant à l'agonisant. Témoignage compétent qui peut être invoqué en cas de procès et ferait ainsi le médecin juge et partie.

Il faut encore, pour la validité de ce don manuel, que le moribond se dessaisisse sans arrière-pensée et avec la ferme et irrévocable intention de gratifier le donataire sans aucune condition restrictive. Le don est nul s'il est fait avec la pensée de rester possesseur des objets dans le cas où il reviendrait à la vie. La forme testamentaire est seule valable pour ces dons conditionnels.

Remis à un tiers, les dons manuels ne sont valables que si le tiers a mission d'accepter pour le donataire comme le père pour son fils, le tuteur pour l'interdit; autrement une procuration notariée est indispensable, à moins que du vivant du donateur, les objets soient remis au donataire et acceptés par lui. En un mot, le concours des deux volontés est nécessaire, celle qui donne, l'autre qui accepte.

Or, il n'en a pas été ainsi dans le cas actuel. Le médecin n'avait pas mission de recevoir, et il n'a pas remis les objets en temps utile. Donc le don est frappé de nullité radicale. Le donateur est mort avant la prise de possession du donataire, le concours des deux volontés n'a pas été réalisé pour la validité du don. La volonté de donner était éteinte avant que celle d'accepter ait commencé. Le cas de nullité prévu par la loi romaine est donc bien avéré ici. La mort du donateur a révo-

qué la mission confiée au mandataire et a fait cesser le mandat en vertu de l'article 2003 : « Le mandat finit par la mort du mandant. » (*Gaz. des hôp.*, n° 143.)

Si dans ce cas spécial, nouveau, le médecin n'a pu effectuer le dépôt en temps voulu et n'en doit pas être réputé responsable, la conclusion à tirer de ce fait, c'est que le médecin doit s'immiscer le moins possible dans les affaires privées de ses malades. Son rôle est nettement défini, et il ne s'agit pas d'y faire rentrer la mission de remettre à un tiers des objets reçus d'un mourant, ce qui pourrait être pour la loi la source de nombreux embarras. Il ne doit recevoir ni pour lui ni pour les autres.

Secret médical. Il est en opposition manifeste avec le système des réformateurs qui voulaient que la folie fût constatée au début par un jury nommé exprès et par trois médecins différents. Quoi ! dit M. Brierre de Boismont, on nous défend de faire connaître l'observation de malades qui nous ont été confiés et qui nous attaquent dans ce que nous avons de plus cher, notre réputation et notre honneur; et, sous prétexte que le devoir de notre profession nous fait une obligation du secret, il sera permis d'instruire publiquement le procès d'un aliéné !

Les conséquences en seraient déplorables pour celui qui exerce une profession où la vie et la fortune sont en jeu, car c'est l'ébranlement de la confiance et ses suites, s'il rentre guéri dans la société. Et cependant ces malades peuvent guérir, et il le montre par l'exemple d'un notaire et d'un négociant dont l'avenir eût été infailliblement brisé si ce n'eût été le secret gardé et qui seul leur a permis de reprendre le cours de leurs travaux et de mener à bien une carrière honorablement commencée. (*Union méd.*, n° 139.)

Conformément à la décision prise à l'unanimité par la Société médicale du 2e arrondissement de Paris, l'Association locale des médecins de Toulouse, se basant sur l'obligation du secret médical et l'impossibilité de ne pas le violer en donnant des détails sur la santé des clients aux Compagnies d'assurances sur la vie qui réclament des détails à cet effet, a pris l'engagement de ne délivrer aucun certificat demandé par les compagnies, quel que soit l'état de santé du postulant. (*Journ. de méd. de Toulouse*, mars.)

Cette obligation de l'article 218 du Code pénal est si absolue que les cours de Grenoble et de Montpellier ont jugé que le

médecin ne peut l'enfreindre, même du consentement de la personne intéressée, sans encourir les rigueurs de la loi.

K

KYSTES. Kystes de l'ovaire. *Traitement par aspiration.* Après un exposé des divers traitements chirurgicaux de l'*hydropisie enkystée de l'ovaire*, palliatifs et curatifs, et un examen raisonné des difficultés, des inconvénients, des dangers même aussi bien que des avantages qui leur sont inhérents, M. Buys propose un nouveau procédé par aspiration pour prévenir l'entrée de l'air dans le kyste qui lui paraît le danger capital. La pompe de M. Guérin, la seringue de M. Boinet et toutes les précautions opératoires usitées pour empêcher cet acccident, ne lui paraissent le faire qu'incomplétement. En vidant brusquement la cavité, elles permettent au liquide de la remplir de nouveau et perdent ainsi les avantages obtenus. L'expulsion complète et continue du liquide à l'abri du contact de l'air lui semble le but à atteindre, ce qu'aucun procédé ne réalise. Il pense qu'une succion douce et continue peut y parvenir en vidant lentement le kyste, et celui-ci une fois vidé, en en maintenant complétement la vacuité.

Il a fait confectionner à cet effet des ampoules en caoutchouc de la grosseur d'une tête d'enfant et dont les parois, variant d'épaisseur, possèdent une force aspiratrice plus ou moins prononcée de manière à graduer leur effet selon les besoins ; un conduit élastique partant de ces ampoules aboutit à un robinet métallique qui se visse à l'extrémité d'un trocart. L'ampoule n° 1 n'a que 1 millimètre d'épaisseur de paroi ; c'est à peine si son aspiration est sensible ; elle doit servir à vider lentement la tumeur, afin d'empêcher que par un raptus trop prompt la femme ne soit incommodée.

L'ampoule n° 2 a 2 1/2 millimètres de paroi et une force à peu près double de la précédente. Elle doit, le kyste vidé, en maintenir la vacuité en aspirant chaque goutte de sérosité aussitôt sa formation, et en rapprocher les parois. Cependant sa puissance aspiratrice ne pourrait nullement irriter ou enflammer la surface interne de la tumeur ; ce rôle est dévolu à l'ampoule n° 3, dont les parois ont 3 1/2 millimètres d'épaisseur ; celle-ci doit servir à activer le retrait du kyste et à produire une fluxion avec exsu-

dation de lymphe plastique. C'est peut-être une présomption, puisque l'expérience ne l'a pas encore prouvé, mais l'auteur croit que le traitement au moyen de ces ampoules, employées selon l'indication, aboutira à la guérison des kystes simples, et cela d'autant plus facilement que, s'il le faut, on peut combiner leur action avec celle de tout autre agent, tel que la teinture d'iode, la teinture de myrrhe, une solution de sulfite alcalin, l'eau tiède, etc.

L'avantage de ce procédé est d'éviter l'action de l'air sur les liquides morbides et d'extraire facilement ceux-ci, fussent-ils épais comme la substance colloïde. Mais ces ampoules n'étant point applicables au trocart connu, il a fallu recourir à un instrument nouveau qui pût s'immobiliser là où il a pénétré, et s'opposer à ce que le kyste vidé ne l'abandonne. Ce nouveau trocart est pourvu d'une double canule entre laquelle se cachent quatre ressorts en or, qui, l'instrument plongeant dans le kyste, se dilatent et viennent faire un bourrelet de 3 centimètres de diamètre par lequel le kyste est attiré et maintenu contre les téguments. D'autre part, un manchon à vis fait avancer jusque contre la peau un disque métallique basculant, formé de deux plaques entre lesquelles s'insère une rondelle de baudruche. La paroi du kyste et la paroi abdominale sont ainsi accolées. Pour maintenir le tout parfaitement en place et empêcher que plus tard l'air extérieur ne pénètre sur les côtés du trocart, la rondelle de baudruche est adaptée à la peau au moyen de collodion élastique. L'instrument est complété par un robinet placé près de son ouverture, de manière à ne permettre la sortie du liquide que lorsque le robinet de l'ampoule a été vissé sur lui. Enfin, un bandage de corps doit, au moyen d'un compresseur à vis, déprimer la paroi abdominale du côté opposé à celui où siége la tumeur et aider de cette façon à l'action des aspirateurs.

Les indications de ce procédé sont, comme pour les autres, d'opérer les kystes de bonne heure avant qu'ils aient acquis un développement qui les expose à devenir multiloculaires, à contracter des adhérences de la paroi supérieure, ou à s'enflammer.

Les kystes séreux uniloculaires sont ceux qui offrent le plus de chances de guérison. Les kystes séro-purulents ou séro-sanguinolents en offrent moins. L'ampoule n° 2 paraît devoir suffire à leur traitement.

Les kystes à loges nombreuses, hydatiques ou colloïdes devront être soumis à l'ampoule n° 3.

En général, lorsque l'ampoule n° 2 n'est point parvenue, au bout de quelques jours, à tarir la sécrétion, il sera convenable d'appliquer l'ampoule n° 3 jusqu'à ce qu'une congestion des parois se soit produite, ce qui se reconnaîtra facilement à la nature du liquide.

Les kystes ayant pour point de départ une dégénérescence, les cystosarcomes et les cystocarcinomes n'ont rien à espérer du traitement.

Les kystes doivent être ponctionnés du côté où ils ont commencé à paraître, le plus près possible de leur lieu d'origine et dans le point le plus déclive. S'ils sont opérables par le vagin, il faut recourir à ce mode opératoire, en évitant de désemplir trop promptement le kyste, et n'employer l'ampoule véritablement aspiratrice que lorsque les organes se seront habitués à l'instrument. Il ne doit être retiré que lorsque, pendant plusieurs jours, aucune sécrétion ne se sera montrée par la canule et que l'on reconnaîtra dans l'abdomen la présence d'une tumeur dure de petite dimension.

Pour employer l'instrument, le manchon avec son disque garni d'une large rondelle de baudruche, de linge ou d'étoffe, est remonté jusque contre le robinet ; on obture avec de l'axonge les fenêtres qui donnent passage aux ressorts, après s'être assuré que le jeu de ceux-ci se fait librement. La ponction se pratique comme avec un trocart ordinaire, avec la précaution de le faire pénétrer aussi profondément que possible, afin que la couronne de ressorts puisse se développer librement dans l'intérieur du kyste. On retire alors doucement l'instrument pour s'assurer que la couronne fait obstacle et que le kyste est accolé aux parois de l'abdomen. Le manchon, avec son disque incliné à l'angle voulu, est à son tour rapproché de la peau de manière à l'affleurer sans la comprimer et à l'aide de collodion élastique, la rondelle de baudruche ou d'étoffe est fixée sur la peau autour du disque et principalement à son centre au pourtour de la piqûre. On retire alors le stylet, en lui imprimant un petit mouvement de rotation sur lui-même de gauche à droite pour le dégager et en le tirant directement en arrière, le point blanc du manche placé en haut. On laisse écouler le quart ou la moitié du liquide contenu dans la poche, on ferme le robinet, et l'on place la ceinture à pelote compressive, celle-ci

située du côté sain de l'abdomen, tandis que de l'autre l'instrument est passé dans la fente qui, à cet effet, est ménagée dans le bandage. Les deux coulants sont rapprochés aux deux côtés de l'instrument, qui est ainsi maintenu d'une manière immuable par la ceinture, que l'on boucle au degré de pression voulue. Pour que le bandage, à son tour, ne puisse bouger dans aucun sens, on attache les deux sous-cuisses et, s'il le faut, on adapte en haut quatre bretelles qui vont s'épingler à une bande roulée autour de la taille. La pelote, au moyen de sa vis, déprime la paroi abdominale au degré que l'opérateur juge convenable. Vient enfin le dernier temps de l'opération, qui constitue véritablement le traitement : après avoir rempli d'eau l'ampoule élastique, on y fait, au moyen d'une pompe aspirante, le vide aussi complétement que possible ; on ferme le robinet et on le visse à celui du trocart.

Il suffira d'ouvrir les robinets pour mettre le liquide de l'ampoule en rapport avec le kyste. Il y passera avec une vitesse proportionnelle à la force de succion de l'ampoule et à l'ouverture donnée aux robinets. Il est ainsi fort aisé de pratiquer, à l'abri de l'air, des lavages et des injections médicamenteuses.

Pour retirer l'instrument, un stylet mousse vient remplacer le stylet ordinaire ; par de légers tâtonnements, on introduit le clou du stylet dans la rainure de la canule interne, on l'y fixe et lui imprimant un léger mouvement d'arrière en avant, on fait rentrer les ressorts, on décolle les rondelles de baudruche, et l'instrument rendu libre se retire sans difficulté.

Ce mode de traitement, préconisé pour les kystes de l'ovaire, pourrait s'appliquer à une foule d'autres affections, comme hydrothorax, pyothorax, abcès par congestion, abcès enkystés de l'abdomen, hygroma, etc. Ce principe de l'aspiration, à l'abri de l'air, peut être appelé à jouer un rôle dans le traitement de toute affection caractérisée par la présence d'un liquide morbidement sécrété dans une cavité close. L'instrument seul variera suivant l'organe sur lequel il doit agir. (*Journal de médecine de Bruxelles*, janvier.)

Torsion. De nouveaux faits de torsion et d'étranglement, observés sur le cadavre par M. Rokitanski, l'ont convaincu de la fréquence de cette altération du pédicule. 8 fois sur 58 autopsies, il l'a trouvée 6 fois à droite sur 37 cas et 2 fois à gauche sur 21. La torsion de dedans en avant est beaucoup plus

fréquente que celle qui s'opère de dehors en dedans. Cette rotation de la tumeur sur son pédicule s'étend d'un demi-tour à deux tours. Les adhérences en modifient la disposition. Sa manifestation est parfois soudaine, et dans ce cas elle est fatale. La tumeur, ordinairement mobile, devient fixe tout à coup avec des symptômes de péritonite et des accidents d'étranglement souvent mortels. On peut tenter, dans ce cas, de replacer la tumeur dans sa position primitive. Une occlusion intestinale peut aussi en résulter, et même la destruction de la tumeur. On rencontre alors à l'autopsie une hypérémie surtout du système veineux avec tuméfaction plus ou moins considérable, infiltration sanguine du parenchyme, inflammation, hémorrhagie, exsudation dans l'intérieur des kystes, dilatation, rupture, nécrose de la trompe, tuméfaction hémorrhagique du pavillon, péritonite, etc. L'aspect de ces lésions varie avec la date plus ou moins récente de l'étranglement.

On comprend qu'il est favorisé par la longueur du pédicule, le volume de la tumeur, l'absence d'adhérence, certaines attitudes du corps, des secousses imprimées à l'abdomen, des efforts, etc.

Dans quelques cas, l'atrophie, une métamorphose régressive de la tumeur, la section plus ou moins complète de son pédicule, ont été la conséquence de cet étranglement. Ce qui fait conseiller par M. Rokitanski de le provoquer dans un but thérapeutique. Mais les dangers qui peuvent en résulter contredisent cette proposition ou plutôt doivent la faire repousser. (*Soc. de méd. de Vienne.*)

Ces torsions seraient dues, selon M. Klob, à la réplétion de la vessie. Une poche membraneuse du volume d'une orange étant attachée au côté externe de l'ovaire d'un cadavre, on la vit s'élever de haut en bas et subir un mouvement de torsion de dedans en dehors en remplissant peu à peu la vessie. Elle revint au contraire de haut en bas, mais sans effectuer son mouvement de restitution en laissant écouler le liquide. En remplissant de nouveau la vessie, la rotation est portée plus loin. Les mouvements s'exécutent en sens inverse quand la poche est fixée à l'extrémité interne de l'ovaire. D'où il infère le mécanisme de ces torsions aujourd'hui bien constatées, du pédicule des kystes de l'ovaire. (*Oesterr. Zeitsch.*, n° 18.)

Sondes à demeure. Au succès obtenu par M. Després à l'aide

de ce moyen (Voy. *Dictionnaire*, 1864), M. Bergeret d'Arbois, en a ajouté deux autres, dont voici le résumé :

Une domestique célibataire, de trente-cinq ans, délicate, portait en 1856 un kyste de l'ovaire datant de plusieurs années, du volume de l'utérus au septième mois de la grossesse. Cette fille se livrait à tous les travaux de la maison malgré une gêne très-prononcée et une douleur assez vive se faisant sentir habituellement près de l'ombilic. Après avoir lavé la lessive plusieurs jours de suite, la douleur ombilicale augmenta tellement, que M. Bergeret fut appelé. Des sangsues et des émollients furent appliqués. Une saillie du volume d'une noix, fluctuante, se forma et donna, par la ponction, une grande quantité de liquide séro-purulent. Le kyste diminua considérablement, et un bout de sonde élastique ayant été placé dans l'ouverture et fixé par des fils à des bandelettes de diachylon à l'extérieur avec un bandage de corps, il continua à se vider insensiblement. Ce tube renouvelé tous les deux ou trois jours fut continué pendant six semaines, après lesquelles il ne restait plus que des noyaux presque imperceptibles dans l'hypogastre. Cette fille guérie parfaitement, reprit ses occupations, et a continué de jouir depuis d'une bonne santé.

Peu de temps après, la fille Daclin, grosse et forte journalière de vingt et un ans, se présenta avec un kyste de l'ovaire gros comme la matrice à huit mois de gestation. Une ponction donna un liquide trouble jaunâtre qui se renouvela très-promptement. La malade réclamant un traitement curatif, une seconde ponction fut pratiquée, et une sonde élastique, introduite par la canule, resta à demeure dans le kyste, fixée comme dans le cas précédent. Il s'écoula les jours suivants une quantité énorme de liquide, dont la sécrétion était provoquée par une vive inflammation développée dans le kyste ; de la fièvre survint avec frissons, vomissements. La sonde fut retirée et des cataplasmes appliqués. L'ouverture suinta encore quelque temps ; les accidents inflammatoires persistèrent une quinzaine de jours, puis tout rentra dans l'ordre, et après un à deux mois de convalescence, le palper ne découvrait plus la moindre trace de la tumeur, cette jeune fille était parfaitement guérie. (*Bull. de la Soc. de méd. de Besançon*, n° 14.)

A défaut de détails cliniques, on ne peut que préjuger l'agent curatif dans ces cas remarquables. Est-ce l'action topique du tube comme l'admet l'auteur, ou n'est-ce pas bien plutôt

celle de l'air sur la surface interne du kyste, qui, en la modifiant, en a tari la sécrétion? Dans cette supposition assez probable, on pourrait recourir aux enduits imperméables de collodion, de préférence aux cataplasmes, pour modérer, combattre l'inflammation, et ce mode de traitement des kystes uniloculaires de l'ovaire, bien moins redoutable que l'ovariotomie, n'en aurait que plus de chances de succès.

Électro-puncture. A l'exemple de ceux qui ont employé avec succès l'électro-puncture à la résorption du sérum de la tunique vaginale, M. Elleaume a tenté ce même moyen contre un kyste volumineux de l'ovaire gauche, chez une malade de soixante et un ans, qui s'en est aperçue depuis huit à neuf ans, que les règles ont cessé. Une ponction exploratrice confirme un kyste séreux. Dès lors, la femme étant couchée, une première aiguille est implantée près de l'ombilic et une autre à 12 centimètres à gauche. On les fait communiquer avec les deux pôles de l'appareil Legendre et Morin, en donnant le maximum d'électricité sans autre douleur qu'un léger frémissement dans les parois abdominales, pendant une demi-heure que dure l'opération. On constate une diminution de la tumeur, et la femme peut s'en retourner à pied, se sentant moins gênée.

Trois autres séances semblables sont faites de trois en trois jours, dont l'innocuité encourage l'opérateur à prolonger la quatrième pendant deux heures. Mais à son retour, la femme éprouve un violent frisson et des douleurs du côté gauche. Le ventre se tend, et des vomissements surviennent pendant la nuit, et lors de sa visite, deux jours après, M. Elleaume trouve sa malade assise, souffrant tellement du ventre, qu'elle ne peut rester étendue dans son lit, face grippée, teint terreux. Le ventre a augmenté et la tumeur distendue au point de ne pouvoir la déprimer donne la sensation d'une pierre et fait un relief considérable sans que la douleur sourde augmente à la pression; sonorité très-manifeste gazéo-aqueuse. Pouls dur à 120. On diagnostique une inflammation du kyste et des frictions d'onguent napolitain avec cataplasmes, le calomel à l'intérieur, n'amènent qu'une légère amélioration. Les accidents augmentent les jours suivants au point de faire pratiquer la ponction qui donne 5 litres de pus et des gaz extrêmement fétides. Malgré le soulagement résultant de cette évacuation, les accidents persistent, et cette pauvre femme entre trois jours après

à l'hôpital, où elle succombe aussitôt. (*Mouv. méd.*, nº 1.)

Grave enseignement pour ceux qui auraient la hardiesse d'employer ce moyen de ne pas en abuser.

Chlorate de potasse. Employé avec succès par M. Graig (d'Ayr) comme absorbant du liquide de telle sorte qu'il ne serait plus permis désormais de pratiquer l'ovariotomie sans avoir fait usage préalablement de ce médicament à haute dose. Car tout en admettant, d'après l'expérience universelle, que beaucoup de cas doivent rester réfractaires à son action dont le succès dépend sans doute de certaines conditions indéterminées du liquide enkysté ou de son enveloppe, l'incertitude où l'on est à ce sujet fait une loi d'y recourir en présence des succès obtenus. En effet quatre cas sont relatés où la disparition du kyste a été complète dans deux, incomplète dans un et incertaine dans l'autre par cessation du remède. Il suffit de citer le premier comme exemple.

Miss S... d'une bonne constitution, porte une tumeur, grosse comme une tête de fœtus d'un mois, dans la région iliaque gauche, mobile, sans adhérences, dont le début remonte à cinq ans. Elle a suivi plusieurs traitements depuis quatre ans sans amélioration et elle allait être opérée quand la mort de son médecin empêcha peut-être la sienne. Soumise en effet à l'usage d'une solution saturée de chlorate de potasse, une cuillerée à dessert trois fois par jour, cette malade en éprouva une amélioration sensible après deux à trois semaines ; la tumeur diminua graduellement et était entièrement disparue après dix à douze mois d'usage de ce médicament ainsi que le malaise et tous les symptômes qui y étaient inhérents. (*Edinb. med. Journ.*)

Le deuxième fait est aussi concis et concluant. En pareil cas des détails cliniques mieux circonstanciés seraient sans doute utiles au diagnostic; mais il suffit qu'un médicament aussi inoffensif paraisse même avoir été favorable dans un cas aussi grave qu'un kyste ou une tumeur quelconque de l'ovaire pour que des essais se renouvellent bientôt pour élucider cette question.

Chez une dame de quarante-cinq ans, portant un kyste de l'ovaire droit depuis deux années environ, M. Chaloin a vu l'usage des eaux de Chatelguyon (Puy-de-Dôme), en provoquant des évacuations excessives par tous les émonctoires, faire diminuer cette tumeur du volume d'une tête d'adulte à celui d'une orange. Un an après, l'amélioration se maintenait, mais l'ovaire

gauche augmentait à son tour (*Ann. d'hydrologie méd.*, t. XII, p. 39). Si ce fait unique, ainsi dépouillé de tout renseignement, ne peut servir à connaître l'action de ces eaux, cet effet est assez remarquable pour faire tenter de nouvelles expérimentations à cet égard.

Kyste hydatique vésico-rectal. Il peut déterminer la rétention d'urine et la faire paraître idiopathique. Ainsi chez un homme de vingt-quatre ans, admis à *London hospital* et qui n'avait pas uriné depuis quatre jours, une tumeur fluctuante occupait l'hypogastre et s'élevait jusqu'à l'ombilic : la paroi antérieure du rectum était soulevée et refoulée en arrière, la sonde n'avait pu parvenir dans la vessie. Une ponction fut pratiquée par le rectum, et tandis qu'il s'écoulait 3 litres de liquide limpide, l'urine sortait en grande abondance et naturellement par l'urèthre. Une péritonite ayant enlevé le malade, l'autopsie montra la vessie parfaitement saine et permit de constater entre elle et le rectum, dans le cul-de-sac péritonéal, un large kyste hydatique qui avait été ponctionné. (*Lancet*, 1864.)

Le même journal a relaté un cas semblable en 1862 et observé à l'hôpital Saint-Barthélemy, mais le cathétérisme ayant pu être pratiqué, la tumeur fut ponctionnée ensuite et le malade guérit. C'est donc à bien distinguer la cause de la rétention qu'il faut s'appliquer.

Kyste du cerveau. Il a été rencontré derrière le chiasma adhérent à la selle turcique par ses parois très-épaisses et contenant 50 grammes de liquide jaune brunâtre de nature hydatique, renfermant des paillettes brillantes de cholestérine chez un enfant de treize ans, mort le 20 mars à l'hôpital des Enfants-Malades, avec tous les symptômes d'une méningite. (*Soc. méd. des hôp.*, mai.)

Kyste ciliaire de l'iris. — A la suite d'une contusion de l'œil droit, chez un enfant de 11 ans, sans troubles immédiats, il se développa une petite tache blanche derrière la cornée qui, envahissant peu à peu le cercle pupillaire, diminuait la vision. A l'examen, le 16 août 1864, dix mois après l'accident, M. Stoeber constate que cette tumeur a la forme et le volume d'un petit pois, et se trouve implantée sur la partie externe du bord pupillaire de l'iris; elle s'avance jusqu'au milieu de la pupille. A

l'aide d'une petite incision à la partie inférieure de la cornée, cette tumeur fut saisie, attirée au dehors, et, par un coup de ciseau, séparée de l'iris. C'était un kyste à contenu blanchâtre et grumeleux, formé de cellules graisseuses et de cristaux de cholestérine. Un cil châtain foncé, long d'un centimètre, et semblable à ceux qui garnissaient les rebords ciliaires, était implanté par son bulbe au fond du kyste, dont il avait été sans doute la cause. Les suites de l'opération furent des plus heureuses. (*Gaz. méd. de Strasb.*, n° 1.)

Kyste intra-cardiaque. Une femme de soixante-dix-huit ans, bien portante d'habitude, entre à la Salpêtrière le 12 décembre 1864. A la suite d'une vive contrariété, elle tombe à terre frappée d'une sorte d'attaque apoplectiforme. On la relève, on constate qu'elle a perdu la parole et que les membres du côté droit sont très-affaiblis, presque insensibles, tandis que ceux du côté gauche sont dans un état de continuelle agitation. Il y a en même temps un affaissement intellectuel profond et perte de la parole. A la faiblesse des membres du côté droit succède une contracture assez prononcée; la sensibilité y renaît, et quarante-huit heures environ après le début, les membres des deux côtés sont doués d'une myotilité et d'une sensibilité égales. La malade parle un peu, est pâle, et a une grande tendance à la somnolence. L'amélioration semble se prononcer encore davantage le troisième jour; mais, dans la nuit suivante il y a du délire, de l'agitation pendant la nuit. Les jours suivants, et jusqu'à la veille de la mort, il y a des alternatives d'aggravation et d'amélioration. En général, il y a du délire et de l'agitation pendant la nuit, de l'affaissement et de la somnolence pendant le jour. L'intelligence redevient assez nette vers le matin. Il n'y a plus aucun phénomène de paralysie; la malade se plaint de douleurs de tête assez vives et de courbature générale. Elle a éprouvé aussi des sensations de crampes dans les doigts. Aucun trouble manifeste des fonctions digestives, si ce n'est des envies passagères de vomir, coïncidant avec la céphalalgie. L'appétit n'est pas aboli. La face était habituellement assez pâle, un peu terreuse, et la langue sèche. Aucun phénomène morbide relatif aux fonctions respiratoires. Enfin le pouls, peu de temps après l'attaque initiale, est devenu très-inégal et a conservé ce caractère jusqu'à la fin, tantôt fréquent, tantôt à peu près normal sous le rapport du

nombre des pulsations. Un seul jour, on a entendu un bruit léger de souffle au niveau du milieu du cœur, et, depuis lors, on n'a plus perçu aucun bruit anormal. Le pouls veineux des jugulaires n'a été très-manifeste qu'à dater de la veille de la mort. La malade s'est éteinte pour ainsi dire, à la suite d'une agonie assez longue et tranquille, dix-sept jours après le début.

A l'autopsie, on a trouvé dans l'oreillette gauche un kyste fibrineux rompu, et retenu près de l'auricule par un prolongement qui pénétrait jusqu'au sommet de cet appendice. L'examen microscopique a montré que la substance liquide qui infiltrait la couche interne de ce kyste était constituée par les mêmes éléments que le liquide puriforme des kystes fibrineux. Ce sont des globules sanguins plus ou moins déformés, des leucocytes dont un bon nombre contiennent des granulations graisseuses, des granules graisseux, des granulations moléculaires formés par la fibrine désagrégée et enfin, de petits cristaux aciculaires de nature indéterminée. La relation symptomatologique de ce fait répond donc à la question posée par M. Charcot à l'occasion de deux cas de ces kystes fibrineux renfermant une matière puriforme : qu'arriverait-il s'ils venaient à se rompre et à mêler leur contenu au sang en circulation? C'est une sorte d'état typhoïde se terminant par la mort. (*Union méd.*, n° 18.)

Kyste hydatique de la poitrine. Une femme mariée, ayant eu des enfants, d'une constitution pauvre, santé moyenne, est atteinte depuis cinq années d'oppression, toux et hémoptysies au nombre de 15 à 20. Poitrine peu développée, amaigrissement général, matité au sommet et dans le creux axillaire gauche avec abolition du bruit respiratoire dans ces régions; à droite, respiration et résonnances normales ; impossibilité du décubitus sur le côté sain. Diagnostic : tubercules au sommet du poumon gauche. Fièvre erratique d'abord, rémittente plus tard, sueurs nocturnes, expectoration rare et spumeuse. Au printemps de 1853, la malade fut prise d'une abondante hémoptysie avec suffocation, et l'auteur, appelé en toute hâte, trouva des sueurs froides, le pouls filiforme, la respiration courte et supérieure. Au milieu du sang répandu sur le lit, il découvrit une quantité innombrable d'acéphalocystes de la dimension et de la forme de grains de riz et d'une telle mollesse

que la moindre pression les écrasait. Après leur expulsion, l'expectoration continua encore plusieurs jours, sanglante et entraînant des acéphalocystes ; du quatrième au cinquième jour la malade rendit des fragments membraneux, puis la fièvre et la toux diminuèrent et s'éteignirent tout à fait. Retour de l'embonpoint et des forces, rétablissement du bruit respiratoire et de la sonorité dans la portion supérieure du poumon qui avait été malade. La santé s'est constamment maintenue depuis. (*Genio Chirurgico.*)

Il semble que dans ce cas rare, le diagnostic n'a pas été porté avec tout le soin convenable. La présence de tubercules dans une partie du poumon, et surtout au premier degré, comme paraissaient l'indiquer les hémoptysies, n'abolit ni le murmure respiratoire ni la sonorité ; elle ne fait que les modifier et la diminution qui en résulte n'est que relative. Une matité complète, un silence absolu, devaient faire admettre autre chose que des tubercules.

Kyste hydatique du foie. Quand, par son volume, cette tumeur requiert l'intervention de l'art, M. Demarquay combine plusieurs procédés dans l'ordre suivant : il la ponctionne d'abord pour en établir sûrement le diagnostic. Et pour prévenir l'épanchement du liquide dans le péritoine, il évacue la plus grande partie du liquide par cette ponction exploratrice. Cela fait, il applique le caustique de Vienne sur la tumeur, et au lieu d'inciser ensuite l'eschare après la formation des adhérences, il répète chaque jour une nouvelle application de pâte de Vienne jusqu'à perforation et écoulement du liquide. C'est le *forage graduel* de M. Bergeret d'Arbois, qui l'a emprunté lui-même à Récamier. L'ouverture ainsi faite spontanément, il y introduit une sonde de gomme élastique à demeure et pratique des injections iodées très-étendues d'eau qu'il répète jusqu'à destruction complète des hydatides ; puis il les remplace par des injections détersives jusqu'à cicatrisation.

Par cette méthode mixte, employée dans 5 cas et dont il rapporte un exemple, la guérison a été constante. Un seul inconvénient en résulte dès la première injection : c'est l'apparition de frissons répétés avec fièvre vive, nausées, vomissements. Mais, alarmants en apparence, ces symptômes se calment bientôt et ne reparaissent plus.

Cette pratique se trouve résumée dans les propositions suivantes :

1° Si, pour établir le diagnostic, il est nécessaire d'avoir recours à une ponction exploratrice, donner issue par cette ponction à une grande quantité du liquide contenu dans le kyste ;

2° Pratiquer une ouverture très-large à la tumeur par une application journalière de caustique et sans jamais inciser l'eschare;

3° Maintenir une sonde à demeure dans l'ouverture pour permettre l'issue du pus et faire dans le kyste des lavages fréquents.

4° Employer l'injection iodée afin de modifier la surface interne de la tumeur.

5° Donner au malade une alimentation tonique pour soutenir ses forces et l'aider à supporter une suppuration quelquefois longue. (*Gaz. méd.*, n° 37.)

L

LACRYMATION. Fondé sur l'hypersécrétion des larmes qui se manifeste dans la plupart des ophthalmies et de la moindre irritation de l'œil par un corps étranger et le soulagement qui en résulte, M. Brachet, de Lyon, voyant là un effet de la nature médicatrice, propose d'en faire une méthode générale de traitement. La plupart des collyres secs ou liquides n'agiraient même qu'en provoquant cette sécrétion. Il en trouve la preuve dans leur qualité différente, pourvu qu'ils soient irritants, et tous, quels qu'ils soient, le sont pour l'œil. Deux choses sont à examiner dans ce cas, dit-il : 1° l'action directe des larmes sur l'organe enflammé; 2° l'action résolutive ou critique de la sécrétion elle-même. La fluxion qui se faisait sur le globe de l'œil ou sur ses annexes est brisée et détournée par la sécrétion lacrymale qui est d'autant plus efficace qu'elle est plus abondante.

Une tentative faite par lui avec succès offre à l'auteur la confirmation de ce fait. Dans plusieurs cas, il s'est contenté, tantôt de promener la barbe d'une plume sur l'œil, tantôt d'appliquer pendant quelques instants la tête d'une épingle dans l'angle de l'œil. En provoquant toujours des larmes abondantes, toujours aussi il a obtenu la guérison de l'inflammation de l'œil ou de la tache qu'il voulait combattre. Cependant, je le déclare, ces essais ne sont pas assez nombreux pour mériter une con-

fiance trop étendue et trop complète. Cette restriction honnête montre assez la confiance que l'on peut avoir dans cette méthode.

LARYNGOSCOPE. *Miroir réflecteur.* La plus simple manière d'éclairer le larynx, suivant M. Fournié, consiste à projeter la lumière au moyen d'un réflecteur placé sur le front. M. Charrière a construit sur ses indications un réflecteur composé d'un miroir concave, fixé à l'extrémité d'une tige d'acier s'inclinant dans toutes les directions au moyen d'un pivot à genouillère placé sur une petite gouttière rembourrée que l'on applique sur la racine du nez. Placé ainsi immédiatement au-dessus du plan oculaire, il est maintenu par une tige d'acier qui, parcourant sur la ligne médiane la circonférence du crâne, va se fixer en se divisant en deux branches, sur la partie postérieure de la tête. Trois articulations permettent d'ailleurs de réduire cette tige à un très-petit volume pour mettre l'instrument dans une boîte ou dans la poche. (*Acad. de méd.*, juin.)

Réflecteur frontal. Frappé, comme en France, des graves inconvénients de la réflexion de la lumière dans les yeux de l'opérateur, dont la vue se trouve ainsi gênée, fatiguée pour celui qui se sert souvent de cet instrument, le docteur Johnson a tenté presque simultanément d'y obvier d'une manière différente. Il place devant les yeux une visière recouverte de soie noire, percée de deux ouvertures latérales, au milieu et au-dessus de laquelle est adapté et fixé le miroir réflecteur. Les yeux sont ainsi protégés de la lumière directe de la lampe et la lumière réfléchie, en passant par deux petites ouvertures, rend la vue de l'image plus claire et plus distincte. (*Lancet*, août.)

De nouvelles modifications apportées à l'examen laryngoscopique par M. Krishaber, rendent cette investigation des plus simples et des plus faciles. Le malade étant assis vis-à-vis l'opérateur placé sur un siége un peu plus élevé, un appareil d'éclairage, placé entre eux, concentre la lumière dans un réflecteur qui la projette par une lentille plano-convexe sur le miroir laryngoscopique, monté sur un manche et placé jusqu'à la luette, qu'il élève et repousse légèrement. Après avoir habitué les parties au contact de cet instrument, on peut ainsi y voir, y lire, pour ainsi dire, les lésions les plus légères du larynx. (*Union méd.*, n° 96.)

LÉGISLATION. Voy. Armée, Marine.

Législation médico-pharmaceutique, ou Lois et Règlements qui régissent l'enseignement et la pratique de la médecine et de la pharmacie, avec commentaires et arrêts tirés de la jurisprudence. Publié par l'*Abeille médicale.*

LEVIER. Voy. Dystocie.

LIGATURE. La ligature des vaisseaux se rendant à une tumeur pathologique pour en arrêter la circulation et en provoquer l'atrophie, ainsi que Harvey l'avait fait avec succès pour une tumeur du testicule, a été également employée avec de bons résultats par M. Demarquay, pour une tumeur de la langue. Voy. Tumeur.

Double nœud hémostatique. Prenez deux fils de longueur ordinaire, opposez-en les extrémités en les entre-croisant l'une sur l'autre, et le vaisseau étant au milieu, serrez en tirant sur chacune des extrémités. En les entre-croisant de nouveau, le double nœud est fait. Il reste à couper deux de ces fils placés dans le sens opposé, c'est-à-dire un bout de chaque ligature. Elle est ainsi parfaitement assurée. (*Lancet*, novembre.)

On ne voit guère l'avantage de ce double nœud de M. Churchill, tandis que les inconvénients éclatent dès le premier essai : notamment celui de ne pouvoir être pratiqué seul, même avec la pince fixe à artères. Un aide est au moins nécessaire pour qu'il soit bien assujetti.

Aiguille tubulée. M. Mathieu lui a fait subir une modification consistant en un petit galet placé à l'extrémité près du manche et qui, par un mouvement de rotation imprimé à une roue, fait cheminer le fil métallique dans l'aiguille. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Ligature mortelle de la carotide primitive. U homme de soixante-quatre ans, entre le 7 juillet 1864 à l'hôpital Guy, service de M. Poland, pour une tumeur carcinomateuse ulcérée du côté droit du cou qui projette la face de côté et gêne la déglutition. La ligature de la carotide primitive est décidée pour prévenir l'hémorrhagie et pratiquée le 9 par l'interne. Aucun accident immédiat ne suivit cette ligature; mais la respiration devint bientôt plus laborieuse et, le lendemain, le bras et la jambe

gauche étaient paralysés, la bouche déviée à droite et la difficulté de la déglutition augmentée. Cet état persista jusqu'au 12, où la mort survint.

A l'autopsie, toute la surface de l'hémisphère droit est d'une couleur rouge noirâtre avec les vaisseaux gorgés de sang tranchant ainsi avec la pâleur de l'hémisphère gauche. Cette extrême vascularité s'étend à l'intérieur de l'hémisphère droit qui est ramolli dans toute son étendue jusqu'aux nerfs. (*Med. Times.*)

Que la tumeur ait comprimé les vaisseaux du cou préalablement à la ligature et en ait altéré la contractilité sinon la texture, en favorisant la stagnation du sang dans l'encéphale, ou que la ligature seule ait amené ce résultat fatal, c'est ce que l'auteur n'explique pas. Toujours est-il que la vie a été abrégée par cette opération *prophylactique*.

Ligature de l'iliaque primitive gauche. Le trente-troisième cas de cette opération a été pratiqué avec succès à l'hôpital de Dublin par M. Hargrave, le 29 avril, sur un sergent de 43 ans, pour une tumeur anévrysmale remontant à 6 mois. La compression digitale et mécanique et tous les moyens internes avaient échoué. Une double ligature fut pratiquée au-dessus et au-dessous de la tumeur, et celle-ci divisée et vidée complétement. Les fils des ligatures tombèrent le 29ᵉ jour sans nul accident. C'est le premier succès de ce genre en Irlande et le deuxième cas de cette opération. (*The med. Press*, août.)

Ligature sous-cutanée. Imaginée par M. J. Wood, chirurgien de l'hôpital *King's college* à Londres, cette nouvelle et ingénieuse méthode s'applique sur les veines variqueuses superficielles. Elle lui a été suggérée par l'application de son épingle coudée pour la guérison des hernies inguinales (voy. *Dictionnaire* 1864) et permet un degré de pression graduelle du vaisseau. En voici le manuel opératoire :

Un pli de la peau comprenant la veine étant fait et soulevé avec le pouce et l'index, une aiguille à chas ouvert, armé d'un fil métallique, traverse la base en passant sous le vaisseau, et le fil est laissé en place. Laissant échapper la veine entre les doigts, on introduit une épingle coudée par l'ouverture de sortie de l'aiguille et passant cette fois sur le vaisseau, elle vient sortir par l'ouverture d'entrée, et l'anse du fil étant jetée sur la pointe

on n'a qu'à en tirer les deux chefs et les fixer sur la tige coudée pour que l'opération soit faite. Le vaisseau est ainsi comprimé à volonté d'une manière fixe et solide, et peut être graduellement serré de jour en jour sans aucune souffrance pour le patient.

Appliquée sur la saphène interne variqueuse chez un homme de quarante-huit ans, cette méthode a parfaitement réussi; trois semaines après, l'oblitération était complète, alors que d'autres procédés avaient échoué quelques mois auparavant. (*Med., Times*, janvier et février.)

LITHOTRITIE. Un nouveau perfectionnement apporté par M. Maisonneuve à l'appareil instrumental pourra rendre cette opération plus facile et plus sûre. Il a transformé la branche mâle du lithotribe en un tube ouvert à ses deux extrémités. Dès lors, il sera facile à l'opérateur, lorsqu'il en reconnaîtra la nécessité pour faciliter la manœuvre ou neutraliser un excès de sensibilité de la muqueuse vésicale, d'injecter par ce tube, pendant l'opération, telle substance liquide ou gazeuse dans la vessie qu'il jugera convenable, sans être obligé de retirer et de réintroduire ses instruments (*Acad., de méd*, mars). Abréger la durée de l'opération, diminuer les souffrances du patient, tels seront les résultats de cette ingénieuse modification.

Brise-pierre à languette. Imité de l'évacuateur de M. Guillon. Une languette fixée en charnière à la partie supérieure des mors de la cuillère de la branche femelle l'empêche de s'engouer par sa seule élasticité. A chaque pression, cette languette vient s'appliquer dans le fond de la cuillère et rejette par le mouvement opposé tous les fragments obstruant le mors creux. (*Acad. de méd.*, avril.)

LUPUS. *Acide phénique.* Aux demi-succès de ce genre tant pronés devant les académies comme une grande découverte dont tout le mérite revient de droit à M. le docteur J. Lemaire, l'auteur du *Traité de l'acide phénique*, dont la deuxième édition notablement augmentée vient de paraître chez l'éditeur *Germer-Baillière*, M. O. Duvivier, de Liége, en publie de complets pour établir sa priorité dans l'emploi de cet agent contre le lupus. Il résulte, en effet, de ses observations que, dès le mois de mars 1864, il en faisait usage chez une femme de trente-huit ans, atteinte depuis 1859 d'un lupus érythémateux du nez et des joues et dont la guérison ne fut complète

qu'après dix-neuf mois de traitement. Le 18 mai suivant, il l'employait dans un cas semblable, chez un homme de trente ans, et qui, depuis 1849, n'avait pu s'en débarrasser, malgré de nombreuses médications internes et externes. Au contraire, la guérison était complète après vingt-trois applications d'acide phénique. Depuis il a traité avec le même succès, par ce moyen topique, deux autres cas, dont un lupus tuberculeux hypertrophique. Il pratique à cet effet des badigeonnages sur la surface du mal, après avoir fait tomber les croûtes, les squames, avec des cataplasmes ou de l'huile d'amandes douces. L'acide cristallisé étant liquéfié avec quelques gouttes d'eau ou d'alcool, il l'emploie ainsi presque pur. Une très-vive douleur en résulte sans doute pendant plusieurs heures avec une pellicule blanche, parcheminée sur les parties touchées et avec congestion, rougeur vive à l'entour. Mais tous ces phénomènes morbides sont dissipés douze à vingt-quatre heures après, une détente locale sensible, marquée, a lieu, l'exsudation diminue rapidement, se dessèche et se tarit à mesure que les applications se réitèrent, et finalement la peau redevient élastique, lisse et rosée, bien qu'un peu plus pâle qu'à l'état normal. (*Scalpel*, n° 21.)

Ces résultats sérieux doivent donc encourager les praticiens à renouveler ces tentatives, et que le succès soit dû à l'action parasiticide ou antivirulente, antiseptique, désinfectante de l'acide ou simplement substitutive, ainsi que le pense M. Olivier, une fois bien constaté, ce n'en sera pas moins une grande conquête pour l'art et les malades.

LUXATIONS. Luxation des vertèbres cervicales. Quoiqu'il en existe des cas authentiques suivis d'une heureuse réduction, le nouvel exemple communiqué par le professeur Schuh à la Société des médecins de Vienne, le 15 janvier, a d'autant plus d'intérêt qu'il a provoqué la relation de plusieurs cas semblables dont celui-ci est le type. La luxation, datant de quinze jours, s'était produite chez une jeune fille, étant au lit, en exécutant un mouvement de rotation de la tête, qui resta immobile, inclinée, la face dirigée à droite. Survinrent aussitôt des douleurs violentes s'étendant à la face, l'épaule droite et l'occiput, dues au tiraillement des nerfs. Les mouvements du bras droit furent abolis et ne se rétablirent que partiellement.

La malade étant chloroformisée, on procéda à la réduction à l'aide d'une cravate passée sous le menton produisant l'exten-

sion, tandis que l'opérateur, prenant l'occiput à pleines mains, imprimait à la tête un mouvement de rotation de droite à gauche. Un choc fut distinctement entendu par le retour des surfaces articulaires dans leurs rapports normaux. Aussitôt les douleurs cessèrent et l'opérée quitta la clinique six jours après. (*OEsterr. Zeitschr. für. prak. Heilkunde*, n° 5.)

C'était une luxation unilatérale de la cinquième sur la sixième vertèbre cervicale dans le cas observé par M. le docteur Parizot. Le cou était fléchi en avant, la face inclinée à droite, le menton reposant un peu en dehors de l'articulation sterno-claviculaire. A droite, la région cervicale présente une concavité avec relâchement des nerfs inférieurs du sterno-mastoïdien ; à gauche, au contraire, elle accuse une convexité, surtout très-accentuée, à la partie moyenne ; les muscles latéraux sont fortement tendus. En arrière, le creux sous-occipital est conservé ; on sent la crête cervicale sans gibbosité apparente ; pas d'ecchymose. Le cou et la tête sont immobiles ; pour fixer un objet, les yeux seuls se meuvent, sans que la tête change de position. Il est impossible de communiquer au cou un mouvement qui ne détermine une vive douleur. La malade ne peut rester debout ni assise, la tête a besoin de reposer sur un plan horizontal qui amène un peu de soulagement.

Le membre supérieur droit est paralysé du mouvement, sensibilité obtuse, fourmillements et sensation de froid, surtout à l'extrémité des doigts ; le membre gauche est libre, la sensibilité est conservée, cependant il est le siége de fourmillements. Ces troubles augmentent, ainsi que la gêne de la respiration, lorsque la malade est placée dans la station verticale, quand même la tête est soutenue. Ils n'existaient pas dans les premières heures qui ont suivi la chute, et sont apparus graduellement, paraissant affecter une marche ascensionnelle.

Aucune lésion du mouvement ni du sentiment du côté des membres inférieurs ; les excrétions alvine et urinaire se font normalement.

Voici la méthode de réduction employée : la malade étant assise sur le plancher, un aide fut chargé de maintenir les deux épaules, un autre fixait les jambes. Placé derrière, M. Parizot saisit vivement avec les deux mains la mâchoire inférieure, tandis que les deux pouces étaient arc-boutés contre les apophyses mastoïdes, éleva lentement la tête, puis tout à coup imprima un mouvement brusque de dehors en dedans. Un

craquement se fit entendre, la malade éprouva un grand soulagement et, dans sa joie, elle se mit à tourner le cou. Mais les phénomènes de paralysie n'avaient pas disparu. La malade fut remise dans son lit, la tête étendue sur un plan horizontal et soumise à une extension à l'aide d'un poids de 2 kilogrammes que suspendaient au pied du lit les deux chefs d'une bande fixée sur la mâchoire et ramenée au sommet de la tête. (*Soc. méd. de Nancy.*)

Luxation de l'épaule en avant. Dans un cas de ce genre, datant de deux mois, chez un garçon de ferme de cinquante-trois ans, plusieurs tentatives de réduction étant restées vaines, M. Am. Paris, d'Angoulême, conseilla, de préférence à de nouveaux essais de réduction, la résection de la tête de l'humérus. L'ancienneté du déplacement, la longueur du chemin à faire parcourir à la tête de l'humérus et les adhérences probables qui s'y opposeraient, autant que la nécessité de tenter quelque amélioration en faveur du blessé, lui ont paru justifier cette préférence. (*Gaz. des hôp.*, n° 45.)

Luxation de la clavicule. La difficulté de maintenir réduite celle de l'extrémité interne a fait imaginer un appareil contentif à cet effet, par M. Demarquay, et fabriqué par Charrière. Il est de cuir rigide fait sur le moule de plâtre pris sur le blessé. Il enveloppe d'une manière uniforme toute la partie supérieure de la poitrine sans gêner en rien les mouvements ordinaires et recouvre l'articulation scapulo-humérale de manière à limiter l'élévation du bras.

Deux pelotes compressives, fixées à deux ressorts du bandage, exercent une pression continue et invariable. Le tout est maintenu au corset ou au pantalon par des bretelles élastiques. (*Acad. de méd.*, août.)

Luxation du coude. Un appareil dont l'action repose sur un principe qui peut être généralisé à la réduction de toutes les luxations a été présenté par MM. Robert et Colin. La partie en rapport avec les produits osseux se compose de deux plaques rembourrées dont l'une s'applique sur l'olécrâne et l'autre sur la partie externe et inférieure de l'humérus.

Ces plaques mobiles, auxquelles on imprime une direction déterminée, sont articulées sur deux forts montants formant

angle droit avec la partie active de l'appareil constitué par deux branches solides, parallèlement assemblées et qui se mobilisent l'une sur l'autre, au moyen d'un système de vis et de crémaillière, de manière que le mouvement communiqué ramène en contact les parties osseuses déplacées.

Un dynamomètre, placé sur l'instrument, indique la force déployée, de manière à la limiter dans les bornes de la prudence. (*Acad. de méd.*, nov.)

Luxation de la hanche. L'obscurité des signes différentiels des diverses espèces de luxation de l'extrémité supérieure du fémur rend l'observation publiée par M. Glascott Syme, de Dublin, très-utile autant par la rareté du fait que la précision des détails. Un homme tombé d'une voiture, et traîné pendant plusieurs mètres, présente, à son entrée à l'hôpital Steevens, une fracture sus-malléolaire de la jambe gauche et un raccourcissement de *deux pouces*, exactement constaté dans tous les points de repère du membre droit. Le pied est complétement renversé en dehors, la fesse aplatie, la saillie du grand trochanter moins marquée qu'à droite, lequel est porté en haut et en arrière. Les parties molles font une saillie considérable en avant et en dedans de la cuisse. La tête du fémur est à deux pouces et demi de l'épine iliaque antéro-supérieure placée un peu en arrière.

Le défaut de crépitation, le mouvement libre de la tête du fémur avec la cuisse et le rapport normal du grand trochanter avec la tête fémorale, excluant la fracture, on tente la réduction, et un bruit indiquant la rentrée de l'os se produit ; mais, en allongeant le membre, on retrouve tous les signes de la luxation dans la fosse iliaque externe ; raccourcissement, renversement du pied en dedans, tête fémorale dans la fosse iliaque externe qui avait décrit un arc de cercle autour de la cavité cotyloïde, car la rotation en dehors se reproduisit spontanément en abandonnant le membre sans que les efforts ultérieurs aient rien pu changer à cet état.

M. Syme explique cette impossibilité de réduction par une déchirure de la capsule fibreuse qui, ayant laissé passer la tête fémorale et l'étranglant pour ainsi dire au col, empêchait absolument de la faire rentrer dans la cavité articulaire. Ce serait donc là un nouvel exemple de luxation *supra cotyloïde* de Malgaigne, ou luxation *au-dessous de l'épine iliaque antéro-*

supérieure d'Hamilton, et qu'il propose d'appeler à son tour luxation *dans la fosse iliaque externe avec renversement du pied en dehors*.

Si ce renversement du pied en dehors existe en effet, dans la luxation sur le pubis et sur le corps de l'ischion aussi bien que dans celle-ci, elle est la seule où ce signe coïncide avec le raccourcissement du membre. Dans la première, il a sa longueur normale, dans la seconde, il y a, au contraire, allongement marqué.

Les signes distinctifs sont donc : Raccourcissement marqué, abduction légère, renversement considérable en dehors, saillie des muscles de la partie antéro-interne de la cuisse, aplatissement de la région trochantérienne et de la fesse : position de la tête fémorale au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. (*Dublin quarterl. Journal*, vol. IV, 1864.)

Luxation coxo-fémorale. En tentant d'en réduire une de la variété dite sus-pubienne, chez un vieillard de quatre-vingt-un ans, par la flexion exagérée de la cuisse combinée avec la rotation en dedans, M. Verneuil fractura le col du fémur au niveau du col anatomique. Il soupçonne que l'une des végétations marginales de la tête du fémur aurait accroché, pendant les mouvements de réduction, le bord du pubis, de manière à la fixer invariablement et à l'empêcher de céder aux efforts; car elle est restée ensuite immobile sans que l'on puisse la faire bouger. Quoi qu'il en soit, M. Dolbeau considère ce procédé comme exposant à ce redoutable accident en raison de l'extrême longueur du levier comparé à la faiblesse de résistance, diminuée encore dans ce cas par l'extrême fragilité des os à cet âge. (*Soc. de chirur.*, novembre.)

Luxation ilio-pubienne. Ayant eu recours en vain à l'extension horizontale avec et sans anesthésie, dans un cas de ce genre, chez un ouvrier, qui venait d'être atteint, le 25 août, le docteur Morillion de Pont-Sainte-Maxence, employa un procédé analogue à celui d'Hippocrate. Il fit tenir le blessé debout par des aides, de telle sorte que le membre sain touchait seul le sol. L'autre restait suspendu et inerte, ce qui d'après M. Gaillard, de Poitiers, amène la résolution musculaire par la fatigue, et remplace parfaitement l'anesthésie. Embrassant alors fortement de ses deux bras la cuisse pendante comme un fût de

colonne, et agissant de toute la puissance de ses forces augmentée par celle de son poids, il exerça des tractions dans le sens vertical. Dès qu'il sentit la tête céder, il imprima à l'os un mouvement qui porta sa tête vers la cavité cotyloïde, et aussitôt un bruit significatif annonça que la luxation était réduite. Le malade fut replacé sur son lit, les deux jambes liées ensemble, pour immobiliser temporairement l'articulation lésée, et un mois après, cet homme marchait avec des béquilles. (*Jour. de méd. et chir. prat.*, oct.)

Luxation du pied. Un exemple très-intéressant en a été relaté par M. Coutagne, à la *Société des sciences méd. de Lyon*. Un homme de trente-cinq ans tombe d'un bâtiment, et tout l'effort de la chute se porta sur le pied gauche, qui présente l'aspect d'un pied bot valgus. La face plantaire est fortement portée en dehors et en avant. Une plaie transversale de 3 centimètres, donnant passage à l'angle externe de la poulie astragalienne, existe au niveau de la malléole externe. La saillie osseuse de 1 à 2 centimètres, et la déchirure correspondante de la chaussette et de la guêtre en drap doublé de toile, montrent la force violente qui a déterminé cette issue.

Néanmoins, la réduction s'effectua facilement, et à mesure que l'astragale rentrait, les tendons, les extenseurs, écartés et non déchirés, reprenaient leur place au devant. Du sang et des bulles d'air sortirent de la plaie qui fut fermée hermétiquement avec des bandelettes enduites de collodion. Du coton cardé et un appareil de Scultet furent appliqués.

La plaie se réunit en grande partie par première intention, et, un mois après l'accident, un bandage roulé et amidonné put être appliqué. Bientôt des mouvements furent imprimés au pied, et le troisième mois, le blessé put marcher et sortir. Un an après, il marche presque aussi longtemps qu'avant son accident, sans autre inconvénient qu'une élévation du talon d'un centimètre et demi environ, résultant du défaut de rapports exacts entre la poulie de l'astragale et la mortaise du tibia. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 3.)

Réduction par un levier. Chez un homme de 45 ans qui s'était luxé et fracturé le pied cinq semaines auparavant, le docteur Demarquette trouva toute la peau de la région malléolaire interne gangrenée; le pied, fortement dévié en dehors, était

poussé dans ce sens par une tumeur d'un rouge brun, recouverte de bourgeons saignants et fétides; c'était l'extrémité inférieure du tibia sortie à travers la plaie produite par la gangrène et dépassant le niveau du pied. Après avoir enlevé quelques esquilles, il rencontra l'astragale dont la surface articulaire était lisse et polie. Le blessé était très-affaibli, avec diarrhée et pouls misérable.

L'amputation, et encore mieux la résection, étaient indiquées ; mais l'une et l'autre auraient réduit le pauvre ouvrier à ne pouvoir plus gagner sa vie. L'état intact de l'astragale fit tenter la réduction à M. Demarquette qui, n'y pouvant parvenir par des tractions directes et d'autant plus ménagées que la peau était gangrenée, eut recours à une grande spatule d'acier poli de pharmacien qu'il introduisit comme un levier entre l'astragale et la tête du tibia. Relevant énergiquement l'autre extrémité de l'instrument en combinant ce mouvement avec des tractions modérées, il pressa de bas en haut sur l'extrémité du tibia qui finit par glisser sur la portion lisse et déclive de la spatule et se loger au centre du pied. La peau de la jambe avait cédé, et il en résulta une plaie circulaire.

Quoiqu'il y eût tout à craindre de l'état local, un bandage placé sur un plan légèrement incliné et des arrosements avec un mélange à parties égales d'eau et d'eau-de-vie camphrée parvinrent à conjurer tous les accidents. Après cinq mois, ce blessé marchait avec des béquilles, et conserva ainsi heureusement son membre. Nouvel exemple après tant d'autres de ne recourir aux moyens extrêmes qu'après avoir tenté les plus simples. (*Revue méd.* 31 août.)

Des indications que présentent les luxations de l'astragale : Thèse inaugurale soutenue par M. H. Dubreuilh. Paris, janvier, et couronnée par la Faculté.

M

MALADIE. Maladies aiguës. *Délire du collapsus.* Dans cas relatés par le docteur Weber, médecin de l'hôpital allemand, à Londres, de fièvres éruptives chez des enfants, pneumonie, érysipèle, fièvre typhoïde chez des adultes et des vieillards, il est apparu brusquement du délire, presque toujours u réveil et dans la matinée, quand la fièvre et les autres sym-

ptômes s'étaient considérablement amendés; le pouls était faible, fréquent et irrégulier, c'est-à-dire fièvre par dépression, et, dans la majorité des cas, la face et les extrémités refroidies, et la peau recouverte d'une sueur abondante. Des idées fixes, tristes, se rattachant à des préoccupations antérieures, en étaient l'objet avec hallucinations des sens.

Analogue au délire existant dans l'anémie, ce trouble nerveux est considéré par l'auteur comme résultant du choc subi par le système nerveux, d'où son nom de collapsus, ce que le traitement semble d'ailleurs justifier parfaitement en vertu de l'axiome. En effet, l'emploi des stimulants à l'intérieur et à l'extérieur, de l'opium surtout, ont suffi dans tous les cas pour le faire disparaître, après une durée de huit à quarante-huit heures. (*Lancet*, Mai.)

Malgré les réserves de l'auteur on ne peut s'empêcher de penser au délire passif, si l'on peut dire, de la fièvre typhoïde signalé dans ces dernières années, notamment par M. Limousin, de Verrières, et contre lequel les préparations opiacées réussissent merveilleusement, aussi bien que l'alimentation, les toniques et les excitants.

M. le docteur Moussaud, de Niort, rapporte également deux exemples de ce délire passif, nerveux, si l'on peut dire, au dixième jour d'une pleuro-pneumonie, dont deux saignées, des sangsues, un vésicatoire, avaient obtenu la résolution chez un jeune homme de vingt-deux ans, et une scarlatine angineuse chez un homme de trente deux ans. Alors que la fièvre était disparue et que les malades semblaient entrer en convalescence, il y eut de l'insomnie avec loquacité, idées incohérentes, puis délire intense. Il suffit de donner 15 à 20 centigrammes d'extrait gommeux d'opium pour faire cesser aussitôt cet accident. (*Gaz. des hôp.*, n° 104.)

Ces cas ne sont pas rares dans la pratique, mais il est toujours utile de les rappeler, afin que le praticien ne se méprenne pas sur le caractère de ce délire passif, dont l'opium, en excitant le cerveau, est comme le spécifique, contrairement au délire actif.

Maladies des enfants. Un bon élément de pronostic signalé ou plutôt rappelé par M. Marten à l'occasion d'un cas de croup, quoique aucun livre classique n'en fasse peut-être mention, est l'absence ou la présence des larmes coïncidant avec

les souffrances, les plaintes et les cris des enfants. Elles font défaut dans toutes les affections graves, selon M. Cohen, et ce signe est du plus grave augure; leur retour est favorable, au contraire, et quand le nez devient humide, qu'il se produit des éternuments, il est permis d'entrevoir la guérison. (*Deutsche Klinik* et *Allgem. mediz. centr. Zeitung*, 1864.)

Maladie des tailleurs de pierres. Voy. CIRRHOSE.

Maladie bronzée. Voy. MÉLANODERMIE.

Maladies des femmes. *Traité pratique des maladies des femmes*, hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement, par Fletwood Churchill, professeur d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants à King's and Queen's College of Physicians, à Dublin, etc., traduit de l'anglais sur la cinquième édition, par MM. les docteurs Alexandre Wieland, ancien interne des hôpitaux et hospices civils de Paris, lauréat de la Faculté de médecine (Ecole pratique), et Jules Dubrisay, ancien interne des hôpitaux et hospices civils de Paris, et contenant l'exposé des travaux français et étrangers les plus récents, 1 vol. gr. in-8 de 1100 pages, avec 250 figures.

MARINE. Plus éloquemment que tous les détails, le fait suivant montre combien est défectueuse l'organisation de ce service public en Angleterre. Le 8 mai, en pleine paix, dit la *Naval Gazette*, l'Amirauté n'a pu trouver à son service 6 chirurgiens assistants pour compléter le personnel de navires de premier ordre. Et pourtant, les médecins de la flotte anglaise n'ont ni examens, ni concours à subir; mais leur service, ni leur paye, ni leur retraite ne sont pas mieux assurés que leur instruction, et de là la détresse actuelle. Il a donc fallu engager des chirurgiens civils comme adjoints. Voilà où en est réduit ce grand service public.

Aussi, le Collége des médecins de Londres s'est-il ému de cette situation anormale. 20 membres ont adressé une requête au président pour faire une enquête à ce sujet, et une prochaine réunion a été convoquée dans ce but.

Sir John Liddell a également déploré cet état précaire du service sanitaire en remerciant tous ses subordonnés à l'occasion de sa retraite de directeur général du Service naval de

santé. Son successeur, le docteur Bryson, ne s'occupe pas aussi activement de l'améliorer, paraît-il, car, dans le projet de loi actuellement en discussion au Parlement, pour approprier l'hôpital Greenwich en un lieu de retraite pour les marins, aucune mention n'est faite en faveur des médecins. Ils pourront toujours y servir activement, a répondu le lord de l'Amirauté, à une interpellation à ce sujet, et jouir de leurs appointements. On s'occupe des amiraux, des capitaines, des commandants, des payeurs et des chapelains, mais les médecins sont négligés comme indignes de la moindre considération. Que deviendrait tout ce personnel, cependant, s'ils commençaient par refuser leurs soins? Mais comment faire quand le pain quotidien est à ce prix.

Un décret du 14 juillet a réorganisé le corps de santé de la marine française sur les bases suivantes :

1	Inspecteur général à		12 000 fr.
1	Inspecteur adjoint à		8 000 —
1	Inspecteur pour la pharmacie à		8 000 —
3	Directeurs.	1re classe à	10 000 —
		2e — à	8 000 —
10	Médecins en chef à		5 000 —
3	Pharmaciens en chef à		5 000 —
12	Médecins professeurs.	6 de 1re classe à	4 000 —
		6 de 2e — à	3 000 —
6	Pharmaciens professeurs.	3 de 1re — à	4 000 —
		3 de 2e — à	3 500 —
32	Médecins principaux.	16 de 1re — à	4 000 —
		16 de 2e — à	3 500 —
2	Pharmaciens principaux.	1 de 1re — à	4 000 —
		1 de 2e — à	3 500 —
125	Médecins de 1re classe à		3 000 —
9	Pharmaciens — à		3 000 —
200	Médecins de 2e classe à		2 000 —
18	Pharmaciens — à		2 000
120	Aides-médecins à		1 200 —
15	Aides-pharmaciens à		1 200 —
558			

Plusieurs améliorations ressortent de ce nouveau cadre. Les titres d'*officiers de santé* et de *chirurgiens* sont abolis. Si le personnel n'est élevé que de 14 membres, 12 pour le service médical et 2 pour le service pharmaceutique, cette augmentation du moins porte sur les grades supérieurs et favorise ainsi l'avancement. Plus de médecins ni de pharmaciens de 3e classe, vont le nombre est diminué et remplacé par le titre plus vrai

d'aides. Suppression des seconds *médecins* en chef. L'assimilation des grades et des appointements qui y correspondent sont aussi proportionnellement améliorés. Plus de 200 000 fr. d'augmentation en résultent sur ce budget annuel de 1 346 000 fr., outre ce qui est afférent au service de santé colonial, dont les fonctionnaires, dans les différents grades, sont de 120 environ, non compris les auxilliaires pour le service médical seulement.

Le concours, exclusivement employé pour l'avancement, est aujourd'hui mitigé dans ce qu'il avait de trop exclusif par le choix, sinon pour les professeurs, car, *lorsqu'il s'agit d'occuper une chaire*, dit le rapport, *une aptitude toute spéciale est nécessaire; il est bon qu'elle soit constatée aux yeux de tous; l'enseignement ne peut qu'y gagner.* Il est réservé, au contraire, pour les places où, dans la seconde classe, les sujets qui en sont l'objet ont pu faire preuve de capacité dans leur grade, sans que le concours soit nécessaire pour la constater. De même pour les médecins en chef des colonies, admis maintenant à rentrer en France avec leur grade.

Le concours est conservé rigoureusement pour la nomination aux premiers grades où il s'agit de faire preuve de connaissances spéciales pour les remplir. Le grade de docteur est d'ailleurs exigé pour concourir comme médecin de deuxième classe.

L'accession des médecins principaux au grade de médecin en chef, et dès lors aux autres grades supérieurs qui sont au choix, sans avoir passé par le professorat, est une satisfaction donnée à une portion très-méritante du corps. Les directeurs seuls, qui sont les doyens par le fait des Ecoles existantes, doivent être exclusivement choisis parmi les professeurs.

Les Ecoles spéciales de Brest, Toulon et Rochefort restent ce qu'elles sont, mais les conditions de scolarité sont tout autres. Ainsi, pour être admis à concourir au grade d'aide-médecin, deux années d'études dans l'Ecole spéciale, une Faculté ou une Ecole preparatoire, à justifier par des inscriptions, sont indispensables. Un stage est fixé pour concourir aux autres grades, et il n'est plus ainsi permis d'escalader pour ainsi dire ces premiers échelons, toujours les plus difficiles.

Le service pharmaceutique participe aux mêmes lois, aux mêmes améliorations quant à l'avancement et à la solde, et est assimilé au service médical. Le niveau est désormais égal, sinon par le titre d'inspecteur général. L'institution d'un conseil su-

périeur de santé, à Paris, les réunit et les confond dans la personne des trois inspecteurs.

Quant aux auxiliaires auxquels la marine est parfois obligée de recourir, ils peuvent, grâce au concours, rester définitivement dans ce service de santé sous certaines conditions d'âge.

Le nombre et le grade des médecins à embarquer sur un navire ne sont plus déterminés par le nombre de canons, mais par celui des hommes. Des améliorations très-réelles résultent donc de cet ensemble de mesures nouvelles pour l'avenir et les services du corps médical autant que de la santé des hommes confiés à ses soins.

Neutralisation des blessés. La convention internationale, signée à cet effet pour l'armée (voy. Armée), a suggéré la pensée à M. Le Roy de Méricourt d'étendre cet acte de justice et d'humanité à la marine, dont les blessés sont dans une position encore plus critique et intéressante, ainsi qu'il le démontre. Voici les mesures qu'il propose à cet égard : I. Lorsque, dans un combat naval, un navire engagé vient à être menacé prochainement d'une perte totale, soit par une voie d'eau, soit par un incendie, il serait à désirer que, sur un signal convenu, l'ennemi, ayant connaissance de cette situation critique, cessât le feu. II. Chaque embarcation chargée de blessés porterait le signe distinctif : pavillon blanc avec croix rouge au centre. III. Le navire ou les navires les plus voisins du bâtiment en danger seraient tenus de coopérer au sauvetage des blessés. IV. Les blessés reçus à bord des navires ennemis, les chirurgiens et les infirmiers chargés de les soigner seraient traités comme neutres. V. Après guérison, les blessés recueillis par l'ennemi seraient remis à la nation à laquelle ils appartiendraient, à condition qu'ils ne porteraient plus les armes pendant le cours de la guerre qui a donné lieu au combat où ils ont été blessés. VI. Il serait à désirer, enfin, que dans ces graves circonstances il fut procédé, sous le rapport de la suspension d'hostilités, comme il est procédé à terre lors de l'enlèvement des blessés et des morts dans les tranchées pendant les siéges. VII. Dans les cas où, à la suite d'un combat sur mer, un bâtiment ne pourrait pas offrir à ses nombreux blessés les soins nécessaires et ne pourrait gagner d'autre port qu'un port du littoral ennemi, il serait à désirer qu'il pût y déposer des blessés. Après une communication par parlementaires, il serait autorisé à les confier

aux soins de l'ennemi en les faisant accompagner d'un de ses chirurgiens qui partagerait le sort des blessés. Après guérison, ils seraient rendus, par groupes, à leur nation, sous condition de ne pas porter les armes et après remboursement des frais que leur séjour aurait entraînés. VIII. En aucun cas, les chirurgiens ni les infirmiers de la flotte ne seraient traités comme prisonniers de guerre, lorsqu'ils tomberaient entre les mains de l'ennemi pendant l'accomplissement de leurs fonctions. (*Arch. de médecine navale.*, novembre.)

MÉDECINE. *Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour* 1865, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1864, par M. le docteur P. Garnier, et M. A. Wahu, médecin principal des hôpitaux militaires retraité. 20e année, 1 vol. in-32 de 280 pages.

A Dictionary of practical medicine. Nouvelle édition de l'ancien dictionnaire de médecine pratique de J. Copland, revue, augmentée et mise au niveau de la science avec la collaboration de J. C. Copland. Réduit en un seul volume de 1537 pages. Londres.

The Practice of Medicine, par le docteur Tanner. 1 vol. in-8° de 938 p. Manuel cher aux étudiants anglais. Une 5e édition, considérablement augmentée et changée du format in-12 en in-8°, en a été publiée à l'occasion de la rentrée.

Médecine navale. Voy. MARINE.

Médecine légale. Les nécessités de l'instruction judiciaire et le milieu nosocomial où sont transportés certains blessés peuvent aggraver leur état au point de déterminer la mort. Ainsi a conclu M. Azam devant la cour d'assises de la Gironde dans un cas de plaie pénétrante du poumon chez Cadette B., âgée de vingt et un ans, admise à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. L'état satisfaisant des deux premiers jours malgré la gravité de la blessure et le développement des symptômes mortels, coïncidant avec un long interrogatoire et une épidémie d'érysipèles dans l'hôpital, lui ont permis de conclure que si le coup de couteau était incontestablement la cause de la mort, celle-ci n'en devait pas être la cause nécessaire, et qu'on pouvait admettre scientifiquement que, dans d'autres circonstances et un autre milieu, cette fille eût pu guérir (*Jour. de med. de Bor-*

deaux, mars). Une observation scrupuleuse permet ainsi de dégager les diverses causes agissantes et donner crédit à la science et à la vérité en éclairant la justice.

Empoisonnement par un lapin. En Angleterre, le chirurgien Sprague d'Ashburton a failli être victime de la prévention publique suscitée par les crimes d'empoisonnement de Lapommerais, Demme et Prittchard. Sa femme et les parents de celle-ci avec une domestique ayant éprouvé les symptômes d'empoisonnement par la belladone, à la suite d'un repas avec un pâté de porc et de lapin, et les restes du pâté soumis à l'analyse ayant donné de l'atropine, il fut traduit devant le jury sous la prévention de tentative d'empoisonnement sur la famille Chalker. Heureusement, il put justifier de l'impossibilité absolue d'avoir introduit ce poison, et il fut acquitté.

Mais la présence du poison semblait établir d'une manière péremptoire et de l'aveu même de la poursuite comme de la défense, qu'une main criminelle en était l'auteur. Le verdict du jury laissait donc la question en suspens. Le docteur Ogle en a suggéré une solution très-plausible, en rappelant que le lapin se nourrit impunément des solanées vireuses, la belladone, le datura comme les autres, sans en éprouver aucun autre effet que la dilatation de la pupille comme l'ont établi les expériences de Runge, de Berlin. Que le lapin apprêté s'en soit ainsi nourri, et c'était précisément au mois de juillet, où la belladone croît dans les endroits ombragés, les ruines désertes que le lapin fréquente, et l'accident est expliqué.

Viol. D'après les expériences négatives du professeur Küss, de Strasbourg, sur la transmissibilité de la blennorrhagie de l'homme à la femme en plaçant sur le col, dans le vagin et l'urèthre, des mèches imbibées de pus blennorrhagique, — expériences relatées dans la thèse inaugurale de M. H. Raymond n° 778, 1864 — il s'ensuit que la coïncidence d'un écoulement blennorrhagique chez un homme accusé de viol et celle qui se dit violée est sans valeur médico-légale (*Gaz. méd. de Strasb.*, novembre). Il y a toutefois plus d'une réserve à faire à ce sujet.

Parmi les sujets choisis pour les discours de rentrée, à Londres, celui du *Lord Chief Justice Cokburn,* à l'hôpital Sainte-Marie, mérite d'être distingué : c'est la recommandation expresse aux élèves de n'employer en médecine légale que des termes usuels et facilement compréhensibles des jurés comme des juges

eux-mêmes. Au lieu d'écrire *périostitis of the humerus*, dit-il, n'est-il pas plus simple et plus intelligible de dire : *inflammation de la membrane enveloppant l'os du bras?* Dans 99 cas sur 100, ajoute-t-il « le simple anglais est préférable à un latin ronflant ou à du grec barbare. » A combien plus forte raison peut-on le dire du français!

Les observations de médecine légale oculaire, relatées par le docteur Sous, à la Société de médecine de Rouen, présentent un attrait de nouveauté qui les fera rechercher dans l'organe de cette compagnie savante, ne serait-ce que pour savoir à quoi nous sommes exposés sous ce rapport autant comme praticiens que comme experts.

Voy. Accouch. précipité. Rupt. du cordon. Alcoolisme aigu. Nouveau-nés.

Trattato teorico-pratico di medicina legale, par le professeur Aless. Gugini. En cours de publication par livraisons de 8 feuilles, grand in-8°. L'ouvrage entier en contiendra 12. Milan.

Leçons faites à l'université de Parme avec l'addition des cas les plus remarquables de médecine légale, des questions les plus usuelles faites au médecin et le texte des codes en vigueur en Italie.

MÉLANODERMIE. Grâce aux persévérantes investigations de M. Gubler, on peut se convaincre de plus en plus que la lésion des capsules surrénales n'est pas en rapport direct, nécessaire avec la coloration bronzée de la peau, que celle-ci existe sans celle-là, et *vice versa*. Après avoir établi que la coloration bronzée paraît avoir été indiquée dans plusieurs auteurs anciens, cet auteur montre des pièces anatomiques et des dessins à l'appui de la thèse qu'il soutient. Ainsi, il a gardé pendant dix-huit mois dans son service un sujet présentant une coloration bronzée d'une extrême intensité et atteint en même temps d'une cachexie prononcée avec hémi-paraplégie et signes de phthisie. L'autopsie montra des tubercules dans les poumons et dans les ganglions lombaires et dorsaux, mais les capsules surrénales étaient très-saines, comme le montrent les pièces signalées.

Un autre sujet offrait une teinte bistre marquée. On trouva chez lui une augmentation de volume des globules du sang sans aucune lésion des capsules surrénales (*Soc. méd. des hôp. de Paris*). Ces faits ajoutés aux précédents, sont donc décisifs pour

montrer qu'il n'y a pas de rapport de causalité entre ces deux altérations.

C'est par la statistique que M. Hayden, médecin de l'hôpital de la Miséricorde de Dublin, a cherché à connaître la valeur respective des différents symptômes et des conditions diverses dans lesquelles se développe cette maladie compliquée. A cet effet, il en a recueilli 37 cas authentiques dans les ouvrages d'Addison, Wilks, Habershon et dans sa pratique particulière, dont il a mis les principales circonstances en tableaux. Or, sur ce nombre, il y avait 26 hommes et 11 femmes dont l'âge variait de onze à quatre-vingt-un ans, mais dans 21 cas, il n'était que de vingt à quarante ans.

Quoique plusieurs circonstances, le début exact de la maladie notamment, ne puissent être déterminées de manière à en tenir compte, il est avéré que la coloration de la peau et des muqueuses est loin d'être en rapport constant avec le début. Ainsi, sur 32 cas, où elle s'est montrée, elle n'a paru que six à douze mois après dans 20 cas, et dans 26 sur 31, où ce fait a été signalé, elle a disparu avant. Il n'y a donc simultanéité que dans la minorité des cas.

Dans 29 cas sur 34, une grande débilité a été notée avec irritation gastrique coïncidente; dans 28 : 33, avec désorganisation simultanée des deux capsules surrénales; ce qui confirme l'étroite connexion entre l'estomac et le rein signalée par le docteur Habershon.

Cette dégénérescence des capsules est signalée 28 : 35, soit 80 pour 100, dont 25 fois conjointement avec la coloration cutanée. Elle coïncide donc, le plus souvent, avec ce symptôme et l'irritation de l'estomac.

Dans 24 cas : 36 où les viscères ont été examinés, des dégénérescences organiques, tubercule, cancer, carie, ont été rencontrées, ce qui est la meilleure preuve d'un état général. (*Dublin quarterl. Journ.*, février.)

MÉNINGITE. *Bromure de potassium à haute dose.* Un jeune homme de dix-neuf ans, peu développé, ayant eu des convulsions dans son enfance, entre dans le service de M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis, le 20 décembre 1864, pour une affection psorique dont il est rapidement débarrassé avec l'huile de cade.

Peu de temps avant son admission, des accidents du côté de la poitrine avaient fait craindre une tuberculisation, et dès le

25 décembre il éprouve un malaise avec frisson, fièvre, affaiblissement. Ces symptômes vont en augmentant, la fièvre redouble le soir, la douleur de tête est plus vive, insomnie, rêvasseries, épistaxis, langue sèche et jaunâtre, selles rares, ventre ballonné sans taches lenticulaires, peu d'appétit, digestion difficile, râles muqueux disséminés dans les poumons sans rien aux sommets. La douleur de tête progresse avec agitation le soir, pouls irrégulier à 100, 110 et ralenti le matin.

Des vomissements verdâtres surviennent du 7 au 8 janvier, coïncidant avec des convulsions épileptiformes, face pâle sans déviation des traits, suivies de prostration. Ces accès se répètent les jours suivants, malgré les vésicatoires et les douches froides; l'état s'aggrave, il y a perte de connaissance sans cris hydrencéphaliques ni strabisme. La tache méningitique du professeur Trousseau n'est pas indiquée.

C'est alors qu'un gramme de bromure de potassium est donné en solution, le 12 janvier, et porté bientôt à 2, puis à 3 et même à 4, les accès du soir revenant moins intenses dès le début de l'emploi de ce médicament et diminuant graduellement d'intensité, à mesure que l'on en augmentait la dose. Dès les premiers jours de février, le malade se lève dans les salles. Mais à mesure que cette amélioration progressait du côté des centres nerveux, des symptômes de tuberculisation évidente s'accentuaient du côté de l'abdomen et du thorax. (*Gaz. des hôp.*, n° 37.)

N'est-on pas fondé à voir là un effet de rétrocession par la disparition rapide d'une dermatose enlevée pour ainsi dire chez un sujet prédisposé plutôt qu'une véritable méningite? Dans tous les cas, ce fait remarquable montre la valeur sédative du bromure de potassium sur le système nerveux.

Méningite rhumatismale. Dans une nouvelle étude destinée à son excellent *Traité de pathologie interne*, M. Gintrac a réuni sous ce titre 27 observations, savoir, 21 de méningite crânienne et 6 de méningite rachidienne, dont voici la symptomatologie différentielle.

Dans la première, la céphalalgie est un des phénomènes notés dès le commencement, et le délire a été 17 fois le signe de l'invasion. Il est tantôt tranquille sous forme de subdélirium; d'autres fois violent, furieux, accompagné de cris. L'assoupissement y succède le plus souvent avec phénomènes

convulsifs, spasmodiques. Les yeux étaient hagards, brillants chez plusieurs malades ; il y avait du strabisme chez 3 ; 5 ont éprouvé des nausées et des vomissements.

Tous ces phénomènes cérébraux sont absents ou très-légers dans la méningite rachidienne, les signes sont locaux comme douleurs au cou, à l'épine ou aux lombes, roideur du tronc, opisthotonos, contracture ou spasme des masséters ; douleurs, crampes, mouvements spasmodiques et même paralysie des membres inférieurs et de la vessie.

Cette maladie revêt en outre une forme générale prédominante, adynamique ou ataxique, suivant les dispositions individuelles des sujets. Ici, c'est une tendance à l'état typhoïde ; là, à des accès rémittents, pernicieux; d'autres fois, d'érysipèle, de phlébite ou d'une diathèse purulente.

De la méningite rhumatismale, par M. Gintrac, directeur de l'École préparatoire de Bordeaux. — 40 p. in-8°.

Il serait bien important et utile, pour la pathogénie de cette affection, de déterminer si elle ne coïncidait pas, dans un certain nombre de cas, avec le rhumatisme articulaire, et si la loi de coïncidence de celui-ci avec la péricardite ne s'étend pas aux autres grandes séreuses, comme M. Desclaux, de Toulouse, l'a suggéré à propos d'une péritonite métastatique développée sous l'influence manifeste d'une diathèse rhumatismale. (V. PÉRITONITE.) La plupart de ces observations sont, en effet très-décisives à cet égard.

Les accidents cérébraux n'ont apparu que consécutivement à des douleurs dans les membres développées, chez une fille de douze ans, après s'être exposée à un refroidissement. Trois observations, recueillies à la clinique du professeur Lebert, témoignent également de la réalité de cette étiologie ainsi que d'autres rapportées par MM. Gubler et Leudet.

Méningite tuberculeuse. PROPHYLAXIE. Dans trente cas, chez des sujets débiles, frères, sœurs d'enfants morts déjà de méningite tuberculeuse, le docteur Danis, de Fourmies, a prescrit l'iodure de potassium associé au sirop d'écorces d'oranges amères, et dans aucune l'invasion du mal n'a justifié les appréhensions qu'il avait cru fondées à tort ou à raison (*Bull. méd. du Nord*, avril). Si ce traitement préventif a pu être employé inutilement dans quelques cas, n'est-il pas conforme au calcul des probabilités d'admettre, qu'employé en de telles circonstances, il a été utile dans plusieurs autres ?

Symptomatologie. Sur 30 cas non douteux, le docteur Lund a rencontré quatre fois une douleur des genoux persistante, parfois très-violente, exagérée par tous les mouvements de l'articulation et ne cédant pas aux topiques calmants. Aucune tuméfaction ni modification de forme ne s'observe dans la jointure. Un et parfois les deux genoux en sont le siége. Elle coïncide avec les accidents cérébraux ou les précède, et persiste ou disparaît avant la mort observée dans des cas à marche très-aiguë ou à évolutions plus lentes; elle était surtout intense quand il y avait de violentes convulsions. Les sujets, garçons et filles, avaient de 6 à 14 ans. N'ayant jamais observé cette douleur en dehors de la méningite tuberculeuse, M. Lund en fait un signe important de diagnostic. (*Journ. für Kinderkrankheiten.* Mars et avril.)

Pour être probant, ce signe aurait dû être vérifié par l'état anatomique de l'article, car, en pareil cas, il est toujours permis de supposer une tuberculisation de cette partie. Cette vérification est d'ailleurs rendue très-facile dans les hôpitaux d'enfants.

Dilatation et hémorrhagie rétiniennes. Une pièce anatomique présentée par M. Bouchut et provenant d'un enfant mort de méningite tuberculeuse, montre qu'il y avait un état variqueux des veines de la rétine avec hémorrhagie de cette membrane, conformément à ce qu'il avait annoncé précédemment.

Toutes les fois qu'un obstacle à la circulation de retour existe vers le chiasma des nerfs optiques, ces modifications rétiniennes peuvent se manifester.

Elles se sont de même rencontrées à l'autopsie d'un enfant mort de méningite de la base du cerveau par suite de carie du rocher. Une phlébite oblitérante des tissus de la dure-mère en était résultée, et consécutivement la gêne des sinus caverneux, un œdème de la pupille du nerf optique et ces lésions ensuite.

L'emploi de l'ophthalmoscope permet de les reconnaître sur le vivant et d'en étudier le processus. M. Bouchut a pu ainsi, à l'aide de cet instrument, constater l'hémorrhagie rétinienne dans un cas de méningite tuberculeuse qui a guéri et étudier la marche régressive du caillot hémorrhagique de la rétine. Une transformation graisseuse de cette partie y succéda avec atrophie notable de la papille du nerf optique. (*Soc. de biologie.*)

Deux observations cliniques avec planches montrent le degré et la disposition de ces dilatations rétiniennes (*Union méd.*, n° 140). Elles font partie des 60 qu'a recueillies l'auteur sur ce sujet et que contient l'ouvrage qui a paru sous ce titre : *Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie*, 1 vol. in-8 de 510 pages avec 14 figures sur bois et 1 atlas de 24 figures chromo-lithographiées par l'auteur. — *Germer Baillière.*

Méningite cérébro-spinale. Voy. ÉPIDÉMIES.

MONSTRUOSITÉ. Un cas très-remarquable et peut-être unique, existe dans la personne d'un jeune portugais, Jean-Baptiste Dos Santos, âgé de 18 ans, né à Faro, chef-lieu d'Algarve, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution normale. Il a été vacciné, et a joui jusqu'à présent d'une excellente santé. Observé dès l'âge de huit mois par le docteur Gorré, à Boulogne-sur-mer, ce monstre a été l'objet d'une communication à l'Académie des sciences de Paris, le 25 mai 1846, par M. Velpeau. Son père vit encore ; sa mère succomba à 33 ans d'affection pulmonaire. Il a quatre frères tous bien conformés et d'une santé florissante. Sa taille est de 1m,65. Cet homme présente entre les deux jambes, du reste bien conformées, un troisième membre supplémentaire ayant son insertion apparente au périnée où il est fixé solidement. De là il se dirige un peu en avant avec les dimensions d'une jambe d'un enfant de huit à dix ans. Près des genoux se voit l'articulation fémoro-tibiale ankylosée, formant un angle droit en avant. La jambe paraît simple, et terminée par deux pieds unis par leur bord interne jusqu'à l'extrémité des orteils ; ceux-ci sont au nombre de dix et garnis d'ongles chacun. L'articulation du pied avec la jambe est également ankylosée, elle a à peu près la direction normale. Ce membre supplémentaire mesure 36 centimètres de son insertion au périnée à l'articulation ankylosée, 43 centimètres de cette articulation à l'extrémité des gros orteils.

En arrière de la cuisse du membre supplémentaire et presque à son centre existe une dépression qui sert d'anus. Le ventre est très-développé, et l'on constate manifestement dans sa partie inférieure, une tumeur dure, qui paraît être une tête d'un fœtus à terme.

Il y a deux pénis, le gauche plus grand que l'autre, mais tous deux régulièrement conformés et susceptibles d'érection complète. Il y a aussi deux scrotums unis par une membrane intermédiaire rudimentaire, chacun renferme un testicule bien conformé muni de son épididyme. La miction se fait avec facilité par l'un et l'autre urèthre, simultanément de même que l'éjaculation.

Il a été impossible de constater s'il y a deux vessies et deux prostates, le sujet s'opposant à un examen à cet effet.

Cet homme raconte qu'il a eu des relations avec les femmes, et que pour se livrer au coït, il se sert du pénis le plus développé, et qui lui procure le plus de sensations voluptueuses en détournant préalablement l'autre qui rendrait l'accouplement impossible.

Ce cas de tératologie paraît résulter de la fusion de deux fœtus dans un seul et dont l'un s'est seulement développé complétement. Il appartient donc à la classe des monstres doubles hétérotypiens, genre pygomèle, famille des polyméliens de Geoffroy-Saint-Hilaire. On en trouve la description exacte dans le *Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles*. Mai.

MORT. Signes. M. Larcher rappelle que la *tache noire de la sclérotique* en est un d'une grande valeur pour la constatation civile et judiciaire des décès. Elle apparaît toujours sur le côté externe du globe de l'œil ; plus tard une autre tache semblable, sinon un peu moins prononcée, apparaît à la partie interne parallèlement à la première ; elles s'étendent ensuite transversalement, se rapprochent et finissent par se réunir et former invariablement un segment d'ellipse à concavité inférieure. Elle est ainsi *un signe certain de la mort*.

Entre la roideur cadavérique encore peu apparente, déjà nulle ou sur le point de cesser, et les phénomènes connus de la putréfaction encore absente, l'imbibition cadavérique du globe de l'œil, plus rapide par une température élevée chez les enfants, les phthisiques, les typhisés, etc., cette imbibition est en quelque sorte un point de transition. La tache noire de la sclérotique est, en un mot, suivant l'auteur, *le stigmate de la mort*. (*Acad. des sc.*, avril.)

Morts subites. Historique. Traitée au congrès de Bordeaux, par MM. Azam au point de vue chirurgical, et Ch. Dubreuilh

au point de vue puerpéral, sans qu'il en soit résulté rien de nouveau, cette question a été l'objet, de la part de M. Bouillaud, d'une défense aussi énergique qu'éclairée et brillante au point de vue historique. Il n'a pas souffert que l'on donnât à la découverte de la thrombose et de l'embolie une origine germanique. Il a montré que, avant les travaux de Virchow, la génération médicale qui a précédé celle-ci s'était occupée d'une manière toute spéciale des concrétions sanguines, soit artérielles, soit veineuses, de leurs causes et de leurs effets. Des ouvrages, malheureusement peu lus, qui datent de cette époque, traitent de cette question jusqu'à satiété. On y voit rapportée à l'oblitération des veines internes ou externes, superficielles ou profondes, par des caillots ou par la compression, l'origine des hydropisies et des œdèmes; la phlébite y est étudiée sous toutes ses formes, dans tous ses siéges, *intus et extrà*, comme conséquence de la propagation d'une maladie inflammatoire des parties extérieures ou des organes internes aux vaisseaux de leur voisinage; la phlébite y est considérée comme l'origine des oblitérations veineuses et des concrétions sanguines ou thromboses; on arrive même à lui faire jouer un tel rôle, qu'un anatomo-pathologiste, M. Cruveilhier, déclare que la phlébite constitue à elle seule presque toute la pathologie.

La génération médicale à laquelle M. Bouillaud appartient n'ignorait nullement les effets des concrétions sanguines dont elle avait avec tant de soin étudié les causes. Elle savait que la mort peut être la conséquence de la formation de concrétions sanguines dans le cœur, l'aorte, l'artère ou les veines pulmonaires, à la suite de l'endocardite, de l'artérite rhumatismales, ou de la phlébite qui accompagne la phlegmasie des poumons. Elle avait constaté l'existence de ces concrétions après la mort, et, mieux encore, elle en avait indiqué les signes pendant la vie. Il est donc injuste de dire que les Allemands ont découvert la thrombrose et l'embolie. Leur seul mérite est d'avoir, à ce sujet, développé les idées françaises en leur donnant des noms nouveaux. Ce qui appartient en propre aux Allemands, ce que ni Français ni Anglais n'avaient découvert, c'est l'idée de faire voyager au loin les concrétions vasculaires; de les faire partir, par exemple, de la veine saphène ou des extrémités du système veineux pour les faire arriver à l'artère pulmonaire, après un si long parcours à travers tout le système veineux et le cœur droit. Voilà ce que les Allemands ont trouvé; à ce point de vue,

on peut dire qu'ils ont fait une révolution dans la science, révolution qui se ressent malheureusement un peu trop de cette fantaisie, de cette imagination brillante et romanesque qui sont le caractère des compatriotes de Schiller et de Gœthe.

Les Allemands ont introduit dans la science un peu trop de poésie et de roman. Il est difficile d'admettre les migrations qu'ils font exécuter aux concrétions sanguines à travers le système circulatoire. M. Bouillaud, qui a observé tant de fois ces *coagulums* fibrineux dans le cœur et les vaisseaux, n'a pas vu un seul cas dans lequel il pût être établi avec certitude que leur point de départ fût placé en dehors de leur lieu ou siége de formation. Pour les faire parvenir des extrémités du système veineux jusqu'à l'artère pulmonaire, il faut leur faire traverser bien des détroits et franchir bien des passes difficiles. Est-on bien certain que ces prétendues embolies ne soient pas des caillots formés au lieu même où on les rencontre? Ne sait-on pas combien sont autochthones les concrétions sanguines du cœur, de l'artère pulmonaire, des autres parties du système circulatoire artériel ou veineux, concrétions sanguines causées par l'inflammation rhumatismale, par l'endocardite ou la péricardite, par la pleurésie, la pneumonie, la phlegmasie des artères ou des veines? Il faut donc chercher avec la plus grande attention si l'on ne trouverait pas, dans le point même où l'on rencontre ces caillots, les conditions pathologiques de leur formation. Pendant trente-cinq ans, il a observé chaque année environ cinq à six exemples de mort subite à la suite de la formation de ces concrétions sanguines internes dans le cœur ou les gros vaisseaux; et toujours il a pu expliquer cette formation par l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, la pneumonie, l'artérite, la phlébite. Ce n'est pas l'inflammation qui joue ici le rôle principal, c'est la concrétion fibrineuse, conséquence de la phlegmasie, qui, en obstruant la grande ou la petite circulation, détermine ces accidents terribles contre lesquels la science reste trop souvent désarmée.

Le célèbre professeur a observé également de nombreux exemples de morts subites dans l'état puerpéral, ces cas sont communs dans les grandes villes. Ce n'est pas seulement à la suite de couches, mais encore en dehors de cet état qu'on les observe. Ce n'est pas seulement des femmes, mais encore chez des hommes. La cause en est attribuée par M. Bouillaud, à l'anémie, à la chlorose, à la chloro-anémie, à l'éréthisme

nerveux, conditions organiques si communes aujourd'hui dans nos grandes villes qu'elles constituent, en quelque sorte, un tempérament que l'on pourrait appeler chloro-anémique.

Cette chloro-anémie est une cause fréquente de mort subite, et l'on a pu prédire plus d'une fois cette terminaison fatale chez des jeunes filles ou chez des jeunes femmes qui, en proie à cet état pathologique, refusaient de se soumettre aux exigences d'un traitement convenable.

La mort arrive le plus souvent par syncope, elle est produite par l'insuffisance des qualités stimulantes et plastiques d'un sang appauvri : la chloro-anémie est comparable à une hémorrhagie lente dans sa marche et sa terminaison. Les individus succombent absolument comme s'éteint une lampe, faute d'élément combustible.

Telle est, suivant M. Bouillaud, la cause à laquelle il faudrait rapporter la plupart des morts subites, soit dans, soit hors l'état puerpéral, chez la femme comme chez l'homme. Le remède à cette chloro-anémie, dont l'influence est aujourd'hui si générale et si désastreuse, c'est le régime, le fer, le quinquina; c'est surtout ce bon et excellent vin de Bordeaux, si généreux et si tonique, dont il serait à souhaiter que l'usage se répandît d'une manière plus générale encore pour le grand bien de l'humanité.

Tout en admettant que la génération médicale, à laquelle appartient l'éminent professeur, a parfaitement étudié les caillots sanguins qui se forment sur place dans les cavités du cœur, dans les artères et dans les veines, M. Verneuil répond qu'elle n'avait point vu nettement les migrations de ces caillots partis de la périphérie du système veineux pour aboutir en un lieu éloigné de leur point de départ, par exemple, dans l'infundibulum de l'artère pulmonaire. L'origine périphérique des concrétions que l'on rencontre dans ce dernier point ne saurait être mise en doute, puisqu'elles sont de même ordre, de même nature, de même composition que les caillots périphériques, et que l'on trouve parfois les traces évidentes de la rupture de ces derniers : rupture qui a donné lieu à l'embolie pulmonaire. — A des faits nouveaux, à des idées nouvelles, il faut des mots nouveaux, et c'est pourquoi le mot embolie a été avec raison substitué à ceux de concrétions sanguines ou caillots sanguins. Quant au mot thrombose, il sert à abréger et remplace à lui seul toute une phrase. Les faits nouveaux, les idées nou-

velles que ces mots servent à exprimer, nous viennent de l'Allemagne, d'où sont venues souvent, surtout depuis un certain nombre d'années, de fort bonnes choses.

Pour M. Verneuil, s'il était poëte et s'il voulait faire, en cette qualité, un roman de physiologie et de pathologie, il imaginerait une circulation nerveuse analogue à la circulation sanguine dont l'immortelle découverte est due au génie de Harvey. Pour expliquer les morts subites, qu'il n'est pas possible de rattacher toutes à l'embolie, qui l'empêcherait alors d'en trouver la cause dans la coagulation subite de cette matière qui remplit les tubes nerveux et qui, fluide, transparente et homogène pendant la vie, apparaît, quelques heures après la mort, sous l'aspect d'un coagulum qui donne aux tubes nerveux une apparence variqueuse? Qui pourrait dire, par exemple, que l'électricité, que la foudre, n'eût pas la puissance de coaguler instantanément la matière des tubes nerveux, et d'amener ainsi la mort soudaine? Mais ce serait là de la poésie et du roman, et la science ne vit pas d'imagination, mais de faits exacts et bien observés. Le progrès, aujourd'hui, à l'égard de la pathologie du système nerveux, doit être de faire pour les maladies de ce système ce que M. Bouillaud et ses contemporains ont fait pour les maladies du système circulatoire. Avant les travaux de l'école anatomo-pathologique française, avant ceux de la nouvelle école allemande, on ne savait comment expliquer certains cas de mort subite. On invoquait toujours l'apoplexie et, quand on ne trouvait rien dans le cerveau, on imaginait une apoplexie *séreuse* qui n'a jamais existé. Aujourd'hui, on sait à quoi s'en tenir à ce sujet. On peut rapporter de tels accidents à leur véritable cause; c'est un progrès de la science dont nous sommes redevables, comme de tous les progrès en pathologie, à l'école de l'observation, de l'anatomie pathologique et du scalpel. (*Union méd.*, n° 124.)

Une femme de quarante-neuf ans mourut très-soudainement dans la nuit du 5 mars dernier. Elle avait été bien portante jusque-là. Des varices aux jambes ayant donné lieu, depuis trois mois, à un ulcère au-dessus de la malléole externe du côté droit, étaient sa seule infirmité. Elle se plaignait fréquemment de céphalalgie, et parfois d'une douleur aiguë dans la tête. Elle s'était couchée dans son état de santé habituel, lorsqu'à deux heures du matin elle éveilla sa fille, demanda un châle comme si elle rêvait, et avant qu'on eût pu le lui procurer, une syncope la prit, et à

l'arrivée du médecin, un quart d'heure après, elle était morte.

L'autopsie faite judiciairement par M. Watson montra le cœur normal, de vieilles adhérences et des tubercules au sommet des poumons, surtout à droite; tissu adipeux entourant les viscères abdominaux. En enlevant la voûte crânienne, il diagnostiqua une effusion sanguine considérable entre la dure-mère comme cause de la mort. Mais en disséquant le cerveau, il trouva un anévrysme, gros comme une noisette, de l'artère antérieure du cercle de Willis, avec rupture du sac par laquelle le sang s'était échappé. Les autres artères étaient normales (l'auteur ne dit pas dans quel état étaient les parois), sinon les branches de communication, dont les extrémités étaient très-hypertrophiées. (*Med. Times*, avril.) Voy. Accouchement.

MORVE. *Transmission au chien.* Il est généralement admis que cette maladie n'est pas transmissible aux carnivores ni aux ruminants, bien que des expériences récentes et indirectes du docteur Polli, de Milan, tendent à infirmer cette doctrine. M. Saint-Cyr l'a ébranlée de nouveau par l'expérience suivante:

Le 19 mai 1865, il inocule à une chienne dogue, de cinq ans environ, bien portante, la matière du jetage nasal d'un cheval morveux au moyen de trois plaies triangulaires superficielles faites avec des ciseaux aux deux lèvres et au nez. Dès le troisième jour, ces plaies se sont vivement enflammées sans réaction générale, les ganglions cervicaux se sont engorgés, mais, dès le 25, l'appétit et l'état général, légèrement altérés, ont repris leur état normal, et la chienne a guéri.

Le fait n'est donc pas concluant par lui-même en faveur de la contagion, mais ce qui lui donne plus de valeur, c'est que le pus pris sur les plaies de cette chienne et inoculé le 24 mai à un vieux mulet, détermina aussitôt et franchement tous les accidents morveux jusqu'à la mort. (*Soc. des sc. médicales de Lyon*, et *Gaz. méd.*, n° 15.)

Néanmoins l'interprétation d'une inoculation de la morve au chien, contraire à tous les précédents, a besoin de nouvelles expériences confirmatives et qui sanctionnent celle-ci, pour faire adopter définitivement cette doctrine.

Traitement. L'action spécifique du soufre chez l'homme a été confirmée de nouveau sur les chevaux, en Italie; sur 24 che-

vaux, 18 guérirent, selon le professeur Maffei de Ferrare, en prenant deux fois par jour le mélange suivant :

℞ Sulfate de cuivre		3 gr. 50
Phellandrie aquatique	}	àa 14 gr.
Soufre pur	}	

Le vétérinaire Caviglio, des chevau-légers de Lodi, en a observé aussi de bons effets sur 24 chevaux morveux, traités avec ce mélange (*Acad. méd. de Ferrare*). On pourrait donc, en proportionnant le dosage, expérimenter cette formule chez l'homme.

MUGUET. Dans un cas où il se manifesta par des vomissements violents et une diarrhée qui amenèrent promptement la mort, M. Zalewski trouva à l'autopsie des végétations cryptogamiques sur la muqueuse gastrique sous forme d'élévations nombreuses d'un blanc verdâtre, les unes coniques, les autres semi-sphériques, la plupart cependant planes, variant pour la grosseur entre une tête d'épingle et une lentille, et se rapprochant par la forme et l'aspect des pustules varioliques en groupe. Ces saillies étaient solides, formées d'une substance homogène, opaque, molle, caséeuse, adhérente à la muqueuse, sans cavité ni liquide au centre. Elles étaient disséminées ou agglomérées irrégulièrement. Placées sous le microscope, elles se montrèrent composées de filaments et de spores de l'*oidium albicans*, détritus de tissu adipeux et de cellules épithéliales qui expliquaient ainsi leur adhérence. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, nº 1.)

Ce fait est tout nouveau dans la science. S'il n'est pas rare de rencontrer l'*oidium albicans* dans l'estomac et les intestins, quand il existe dans la bouche, son développement isolé, indépendant, était au contraire inconnu jusqu'ici.

N

NÆVUS. *Danger des injections de perchlorure de fer.* Malgré les nombreux et divers moyens dont l'art dispose pour le traitement du *nævus* : cautérisations avec le fer rouge ou des aiguilles chauffées à blanc, le séton, la pâte caustique de Vienne, les injections coagulantes, les vésicatoires badigeonnés ensuite avec le perchlorure de fer, la vaccination, etc., etc., c'est tou-

jours une question grave d'y recourir chez les nouveau-nés, à cause des accidents mortels de résorption purulente qui peuvent s'ensuivre. Et cependant il est parfois très-urgent d'agir lorsque ces tumeurs érectiles siégent à la face, sur les paupières, le nez, etc. C'est pourquoi il importe de préciser la valeur relative de chacun de ces moyens. M. Wecker, qui donne la préférence à la galvano-caustique sur les injections coagulantes au perchlorure de fer, rapporte les deux faits suivants, qui montrent qu'il n'y faut pas recourir, en effet, sans hésitation ni réserve.

Il s'agit dans le premier, dû à M. Carter, de Strout, d'une petite fille de deux mois, dont la moitié inférieure du nez représentait une masse confuse de *nævi* englobant la cloison et les deux ailes, et triplant le volume normal. Après avoir employé inutilement l'introduction répétée d'une aiguille rougie et le collodion rétractile, on se demanda à quel traitement il fallait recourir. L'enfant avait déjà été vaccinée. La compression et la ligature étaient inapplicables. Une cautérisation avec le cautère potentiel, en procédant de la superficie vers le fond, aurait exposé à une hémorrhagie mortelle lors de la chute de l'eschare. Enlever la tumeur, c'était l'ablation totale du nez, sans compter qu'on ignorait si le mal ne s'étendait pas plus loin en arrière. On crut donc n'avoir ici d'autre ressource que de porter profondément le caustique dans les parties, et finalement on se décida à une injection de perchlorure de fer. Cette injection fut pratiquée deux fois, la première fois sans accident; mais la seconde fois l'action du piston de la seringue s'embarrassa, celui-ci céda brusquement, lançant d'un seul coup cinq gouttes de la solution. Aussitôt une tache décolorée se montra au-dessus du point du *nævus* occupé par la seringue : puis l'enfant poussa un cri, eut une courte convulsion et cessa de respirer.

Le second fait a été recueilli récemment dans un hospice colonial, où l'autopsie démontra que la pointe de la seringue (le *nævus* siégeait à la joue) avait pénétré dans la veine transverse de la face, et que le sang s'était immédiatement coagulé dans les cavités droites du cœur. M. Crisp, de Swallowfield, qui a noté ce fait, ne dit pas quelle quantité de solution avait été injectée, ni si le jet du liquide avait été dirigé doucement ou avec énergie. (*Ann. d'oculistique*, décembre 1864.)

Tout en commandant la réserve et l'attention, ces faits ne sauraient faire proscrire l'usage des injections coagulantes ; il ne s'agit que de les employer avec mesure et précaution, surtout

quand le *nævus* est étendu et profond ou dans le voisinage d'organes essentiels, comme l'œil, le nez, l'oreillle. Suivant M. Carter, on ne devrait y recourir que lorsqu'il est possible d'intercepter momentanément la circulation dans les veines afférentes par la compression digitale ou instrumentale. Il est évident que cette précaution est exagérée dans une foule de tumeurs érectiles très-superficielles, surtout en employant la seringue de Pravaz, dont le piston, marchant à l'aide d'un pas de vis, assure l'introduction graduelle et mesurée du liquide sans danger d'une irruption trop rapide.

NARCOTIQUES. Narcéine. *Action sur les enfants.* Ses propriétés hypnotiques, constatées chez les adultes par M. Béhier (voy. *année* 1864), ont été confirmées chez les enfants par le docteur Laborde. Bien que l'effet n'en soit pas aussi constamment uniforme que chez les chiens, — ce qui prouve que notre organisation plus compliquée est soumise à des variations multiples qui nous font échapper à cette égalité thérapeutique, — les résultats ont été assez concluants. Chez un garçon de huit ans et une fille de dix, tous deux phthisiques, admis à l'hôpital des Enfants, le sommeil, que le sirop diacode et l'extrait thébaïque ne réussissaient pas à produire, fut obtenu dès la première nuit avec une cuillerée à bouche du sirop suivant (formule de Debout) :

♃ Narcéine	25 centigr.
Sirop simple.	500 grammes.
Acide acétique.	q. s.

Chaque cuillerée à bouche de 20 grammes représente 1 centigr. de narcéine. On peut aller progressivement jusqu'à 2 et même 3 ; mais si l'effet narcotique n'est pas produit à cette dose, mieux vaut recourir à un autre agent, le sirop de morphine par exemple; c'est ainsi que chez un garçon de treize ans, phthisique, cette substitution eut les meilleurs résultats.

Dans certains cas, ce médicament calme le *subdelirium* en même temps qu'il produit le sommeil. D'autres fois, le sommeil est si profond, que le malade parle et répond tout haut en dormant, comme les chiens soumis à son influence hypnotique qui chassent les mouches sans s'éveiller.

On peut donc compter, sauf de rares exceptions, sur ce médicament comme sédatif de la toux, et un effet hypnotique pres-

que infaillible, ce qui l'a fait administrer avec succès contre la coqueluche. Voy. *ce mot*.

L'expectoration n'en a été que peu influencée, non plus que l'émission de l'urine ni les vomissements, ce qui tient sans doute aux différences d'âge des malades. (*Soc. méd. d'observ.*, et *Gaz. des hôp.*, n° 38.)

M. Bouchut en a obtenu les mêmes avantages chez une enfant de dix ans, au troisième degré de la phthisie pulmonaire, couchée salle Sainte-Geneviève, n° 3, service de M. Roger. Une insomnie opiniâtre, des rêves bruyants et loquaces, une toux opiniâtre et souvent suivie de vomissement, avaient fait administrer 10 gram. de sirop diacode et une pilule de 2 centigr. d'extrait thébaïque chaque soir pendant 13 jours consécutifs, sans en obtenir le moindre effet. Le 14e on remplaça cette médication par une cuillerée à bouche de 20 grammes de sirop de narcéine, ce qui, à la dose ordinaire de 25 centigr. pour 500 grammes de sirop de sucre, fait 1 centigramme de narcéine par jour. L'insomnie et l'agitation persistent encore trois jours, mais le 17 elles ont beaucoup diminué, et le 20 il n'y a plus de subdélirium loquace, le sommeil est paisible et calme et dure la plus grande partie de la nuit. (*Bull. de thérap.*, janvier.)

Ces bons effets sont d'autant plus incontestables que l'emploi préalable du sirop diacode et de l'extrait thébaïque fournit un terme certain de comparaison. Il y a cependant des cas complétement identiques où la morphine se montre supérieure à la narcéine, ce qui dépend sans doute de certaines conditions individuelles. Il ne faut donc pas conclure à une supériorité absolue ; il faut observer.

Morphine. Voy. INJECTIONS SOUS-CUTANÉES.

NÉCROLOGIE. **Abbene**, savant pharmacologiste italien, et placé comme tel le premier dans les conseils du gouvernement, a succombé le 1er juin. Cet événement a été déploré dans toute l'Italie comme un malheur public.

Alquié, *Jean-Alexis-Jacques*, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, a succombé à peine âgé de cinquante-trois ans. L'excès de travail l'a tué, de même qu'il avait fait ses brillants succès. Fils de ses œuvres et grâce au concours où sa valeur et son mérite éclataient au grand jour, il parcourut successivement tous les degrés de l'échelle académique à la Faculté,

qu'il a de nouveau illustrée par son talent et son savoir. Aussi ses œuvres perpétueront sa mémoire dans l'histoire de cette Faculté.

Batigne, *Jean-Pierre*, docteur et professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien de l'hospice de la Miséricorde, chevalier de la Légion d'honneur. Après avoir consacré la première moitié de sa vie à ses études, à la science, aux concours, il se dévoua avec le même zèle et plus d'aptitude encore à la pratique dans la seconde, et devint ainsi le praticien le plus renommé et le plus occupé de la ville et des environs.

Bauchet, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, a été enlevé à trente-neuf ans par un érysipèle phlegmoneux, suite d'un pansement chirurgical exécuté avec une piqûre à la main. Il a été ravi ainsi à l'affection toute paternelle de son maître, le professeur Velpeau, dont il était devenu l'élève favori, titre que d'autres beaucoup plus distingués n'ont pu conquérir.

Bazin, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Bordeaux et professeur à la Faculté des sciences, venait de recevoir la décoration de la Légion d'honneur comme la plus juste récompense qui peut être accordée au mérite et à un travail persévérant et constant, lorsqu'une attaque d'apoplexie foudroyante le frappa inopinément à soixante-neuf ans, étant président de la Société de médecine. De simple laboureur, ne sachant ni lire ni écrire à dix-huit ans, il s'est ainsi élevé, malgré tous les obstacles de la pauvreté et de l'isolement, aux premières places qu'un médecin puisse occuper en province; preuve de la toute-puissance du travail allié à une honorabilité, à un dévouement humanitaire et confraternel que personne ne dépassera jamais. Aussi sa vie mérite-t-elle d'être retracée pour servir de modèle et d'encouragement aux générations futures.

Beau, médecin de la Charité, membre de l'Académie de médecine, est mort retiré, ignoré, sans bruit ni ostentation, comme il avait vécu. Malgré des travaux de premier ordre sur la physiologie et la pathologie du cœur et des recherches nombreuses sur plusieurs autres sujets, il est mort sans atteindre le but de sa vie entière et de tous ses travaux : l'enseignement, auquel son esprit original, hardi, indépendant, investigateur,

le rendait plus propre que tant d'autres qui lui furent préférés. Son isolement des luttes et des coteries de l'Ecole en fut l'unique cause; mais il n'en laissera pas moins une mémoire chère à la science qu'il a tant cultivée et à tous ceux qui en font leur culte. Puissent ses enfants et petits-enfants recueillir les fruits qu'il a si laborieusement semés!

Béraud, arrivé à Paris jeune, inconnu, sans protection, était devenu par le concours élève des hôpitaux, prosecteur, chirurgien du bureau central, malgré tous les obstacles. S'il avait échoué à la Faculté de médecine, il n'avait pas renoncé pour cela à l'enseignement. Il démontrait bien; il mettait une parole abondante et animée au service d'une grande instruction; en un mot, il fut un de ceux qui contribuèrent à maintenir l'enseignement libre des hôpitaux aussi haut que l'enseignement officiel.

Aussi le succès couronnait-il ses laborieux efforts. Ses travaux étaient récompensés par l'Institut et un grand succès de vente accueillait son *Traité de physiologie*, un *Manuel de chirurgie* publié avec le patronage de M. Velpeau, et son splendide *Atlas d'anatomie chirurgicale*. Il venait d'être nommé chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine et touchait même au bonheur domestique, lorsque la mort le surprit subitement à la fleur de l'âge, au moment où ses espérances allaient se réaliser.

Betschler (J.-W.). Un des accoucheurs les plus consommés de l'Allemagne, placé pendant trente-six ans à la tête des études obstétricales et gynécologiques de l'Université de Breslau. Il a succombé à soixante-huit ans. De nombreux travaux remarquables, notamment sur la difformité du bassin, perpétueront son nom.

Bixio, *Jacques-Alexandre*, quoique n'ayant eu du médecin que le titre, et connu exclusivement comme savant économiste et homme politique, était fait pour en honorer la profession par sa haute intelligence, son esprit pratique, sa haute probité scientifique, son cœur bienfaisant et généreux, sa droiture et toutes ses vertus civiques. Nommé ambassadeur à Turin après la révolution de février, il siégea ensuite à l'Assemblée nationale, dont il fut vice-président. Nommé le premier, ministre de l'agriculture et du commerce, par le président de la République, il lui offrait sa démission quelques jours après pour des diver-

gences politiques. Jamais Bixio ne transigea avec sa conscience. Il fut le *vir probus* de ce temps comme dans toute sa vie.

Buchez. Quoique médecin, c'est plutôt comme homme politique, moraliste et historien qu'il s'est distingué. Ses nombreux ouvrages en témoignent hautement. Mais c'est surtout comme homme juste, honnête, modéré, indépendant, intègre et vertueux qu'il était connu parmi tous ses nombreux amis politiques. Aussi fut-il nommé président de la Chambre, c'est-à-dire au poste le plus élevé alors de l'Etat, par la seule force de ces mérites que la phalange d'hommes distingués et généreux que l'avénement de la Répuplique amena à la Constituante, en 1848, se plaisaient à reconnaître, à admirer en lui. Témoignage éclatant et irrécusable de ce qu'étaient les tendances de ce gouvernement populaire et les hommes qui le dirigeaient. Il vivra et sera admiré comme un exemple de ce *vir probus* antique qui lui donne sa place dans l'histoire contemporaine.

« L'inaltérable amour du beau, a dit le docteur Cerise, son dis-
» ciple et son ami, la recherche infatigable du vrai, l'énergique
» volonté du bien, ont marqué chacun des jours que Buchez a
» passés sur la terre; à la joie supérieure du beau, du vrai et
» du bien, il avait sacrifié toutes les joies secondaires, même
» les plus légitimes, plaisirs dans la jeunesse, bien-être dans
» l'âge mûr, sécurité dans la vieillesse, il avait tout immolé
» sans jamais en éprouver un regret..... »

De tels hommes, de tels caractères, sont trop rares pour n'être pas cités en exemple à tous.

Bussemaker, savant médecin hollandais ayant consacré sa vie aux recherches d'érudition. Il était venu se fixer à Paris pour mieux s'y livrer, attiré par MM. Littré et Daremberg, dont il fut le collaborateur et l'ami. C'est assez dire son mérite.

Cerioli, *Gaspardo*, médecin et professeur distingué, auteur d'importants travaux de matière médicale, notamment sur la nicotine, et dont les observations sur la transmission de la syphilis par la vaccine ont eu un grand retentissement, est mort à Crémone âgé de quatre-vingt-quatre ans.

Chevillion, président de la Société locale des médecins de l'arrondissement de Vitry-le-François, dont la fondation est due

à son initiative intelligente, généreuse et empressée. Champion décidé des droits du médecin dans la société, il était résolu à tout faire pour leur triomphe, et il avait accepté ainsi de se mettre à la tête de plusieurs institutions utiles de l'arrondissement, où ses prééminentes qualités, son savoir, sa vaillance, son honorabilité l'avaient appelé. Une affection cérébrale l'enleva en peu de jours, à l'âge de quarante-huit ans, victime ainsi de son dévouement à sa profession, à ses confrères!

Chrétien (V.), chevalier de la Légion d'honneur et officier de l'instruction publique, pour ses nombreux et éclatants services publics. Par son assiduité aux séances de la Société médicale du Haut-Rhin, et sa part active à ses travaux, il en fut nommé président à trois reprises successives, honneur bien rare qui témoigne de l'estime et de la confiance dont il jouissait parmi ses confrères.

Van-Coetsem, professeur émérite à l'Université de Gand, médecin en chef de l'hôpital civil, membre titulaire de l'Académie royale de médecine, est décédé à soixante-dix-sept ans, peu de jours après que le roi Léopold venait de le nommer officier de son ordre. Par les nombreux services qu'il avait rendus dans sa longue carrière, autant que par son honorabilité, tous les corps savants auxquels il appartenait ont tenu à honneur d'exprimer publiquement les regrets que la mort de cet infatigable travailleur leur inspirait.

Debout, rédacteur en chef et propriétaire du *Bulletin général de thérapeutique*, auquel il avait su donner, par un choix judicieux et pratique des travaux qu'il admettait dans ce recueil, une valeur qui ne pourra que difficilement être surpassée. Convaincu de l'importance de la thérapeutique, il y donnait tout son temps et ses soins. Aucun travail sérieux ne lui était étranger. Il succomba à la peine à moins de soixante ans.

Des Etangs, *Pierre*, était un de ces jeunes chirurgiens militaires dont la chute du premier Empire brisa pour ainsi dire la carrière. Retiré dans son pays natal, le docteur Des Etangs montra que le médecin peut acquérir de la gloire parmi ses concitoyens, dans le calme de la paix comme sur les champs de bataille. Elu successivement maire de sa commune, conseiller du département, il fut récompensé de sa vie laborieuse et chari-

table par la décoration de la Légion d'honneur, et mourut à soixante ans à peine, regretté de tous ses compatriotes et de tous ceux qui l'avaient connu.

Dieudonné, *Joseph*, président de la *Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, à laquelle il donna, par ses soins incessants, toute l'autorité et la notoriété qu'elle a dans le monde médical, rédacteur principal du *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*, qu'il fonda en 1842, pour servir d'organe à ses travaux, a succombé, à l'âge de cinquante-cinq ans, le 10 août, après avoir consacré sa vie entière au progrès de la science. Sans relater tous les titres honorifiques de ce savant et estimable médecin, ceux qu'il s'acquit comme publiciste et ami de la science, dans les deux œuvres précédentes, et le succès qu'il en obtint, suffisent pour l'immortaliser. Grâce à son *Journal* mensuel, le plus vaste répertoire encyclopédique des sciences médicales qui existe peut-être, la *Société* dont il était le représentant compte partout des membres ou des lauréats. Aussi sa mémoire est-elle impérissable comme les deux œuvres confondues en une seule, dans laquelle il s'est pour ainsi dire incarné.

Dussurgey, médecin des plus renommés de Lyon, sa ville natale, est une de ces nombreuses victimes de la science, dont le martyrologe s'augmente tous les jours. Après une vie toute de pratique et de dévouement à ses malades, esclave de ses devoirs, il en est mort victime. Une piqûre qu'il se fit en pratiquant une autopsie judiciaire le précipita dans la tombe, à l'âge de soixante-dix ans, alors que plein de vie et de santé, il eût pu rendre encore de nombreux services.

Ferguson, accoucheur de la reine Victoria, et l'un des représentants les plus distingués des sciences médicales en Angleterre, est mort subitement, le 25 juin, à soixante-cinq ans, enlevé par une affection organique du cœur, qui l'avait forcé à la retraite depuis plusieurs années.

Fonteneau, *Adolphe*, dont le nom signifiait : probité, dévouement, énergie et haute intelligence, est mort à Oran, le 10 juillet, à l'âge de trente-sept ans, martyr de son dévouement. Il était si dévoué à tous et partout, que l'an dernier, quand l'épidémie décimait Aïn-Temouchent, lui partait volontairement

combattre le fléau, alors que deux autres confrères l'avaient précédé dans cette tâche et en avaient été vaincus. A deux reprises, il fut assez heureux pour sauver les populations, mais il revint avec le germe de la maladie qui l'a conduit au tombeau.

Garnier, docteur en médecine, ancien maire de Neuilly-sur-Seine, s'est distingué en mourant, comme pendant sa vie, par le bien fait à cette commune et à ses pauvres. Il a légué 60,000 francs à la commune, 10,000 francs au bureau de bienfaisance, 500 francs aux pauvres, et à chacun de ses domestiques, une somme suffisante pour les dispenser de servir d'autres maîtres.

Gaudet, président de l'Association locale de Châtillon-sur-Seine, l'ancien médecin si bien connu des bains de Dieppe dont il fut le fondateur pour ainsi dire, poste qu'il occupa pendant vingt-deux ans et où il composa un ouvrage *sur les bains de mer* toujours utilement consulté. Ce médecin instruit, distingué, a succombé à soixante-cinq ans, dans la retraite qu'il s'était choisie au lieu de son enfance, près de sa vieille mère qu'il aimait et honorait tant, et qui a eu la douleur de lui survivre. Avec lui a disparu un représentant de l'école des Corvisart, des L'Herminier, Gueneau de Mussy, Guersant, Chomel, dont il avait été et l'élève et l'ami.

Gimelle, *Pierre-Louis*, membre et trésorier de l'Académie de médecine, ancien chirurgien militaire, officier de la Légion d'honneur, a succombé le 19 juin à une attaque d'apoplexie, âgé de soixante-quatorze ans. Sa réputation de parfaite intégrité était son plus beau titre.

Gratiolet, *Pierre*, professeur de zoologie à la Sorbonne, chevalier de la Légion d'honneur. Frappé d'apoplexie à quarante-neuf ans, le lendemain du jour où une justice trop tardive venait d'être rendue à son mérite transcendant. Sa belle vie, aussi savante et honorée que modeste, était d'accord avec ses doctrines spiritualistes. Sa mort a été marquée par un cri unanime, général, universel de regrets, comme un témoignage solennel rendu à ses qualités, à ses vertus. La France a perdu en lui le plus distingué de ses naturalistes, la science un de ses plus féconds interprètes.

Guardia, *D. José de*. Doyen en retraite de l'ancienne Faculté de chirurgie de Madrid, a succombé le 18 janvier, à soixante-treize ans. Pendant plus de cinquante ans, il fit le service des maladies des yeux de l'hôpital général et acquit une grande renommée dans cette spécialité.

Herpin (de Genève), mort à Paris, le 14 juillet à la suite d'une longue maladie. Ancien interne des hôpitaux, il s'était distingué par une pratique heureuse et savante dans son pays, lorsqu'il crut avoir trouvé le remède curatif de l'épilepsie. Il vint dès lors se fixer à Paris et publia à cette occasion son *Traité clinique sur le pronostic et le traitement curatif de l'épilepsie* couronné par l'Institut. Comme spécialiste, sa dignité, son honorabilité professionnelle n'eut rien à souffrir. La guérison de l'épilepsie était chez lui [une conviction, une foi sincère, et il suivait l'étude et les effets du traitement de ses malades avec un véritable dévouement.

Hiffelsheim, *Edmond Léonce*, qui s'était voué avec passion à l'étude de l'électrothérapie, a été enlevé à trente-sept ans, alors que ses travaux en collaboration avec des savants de premier ordre comme M. Robin, et couronnés par l'Académie des sciences, autorisaient à espérer en lui un vaillant chercheur de la vérité scientifique. La science doit donc en porter le deuil.

Jouet, ancien chirurgien des armées impériales succombant à soixante-dix ans, aux suites d'une infection putride contractée dans l'exercice de sa profession, à Isigny (Calvados), est un autre modèle de dévouement à citer.

Kirkes, médecin et professeur à l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, examinateur au collége royal des médecins, a succombé à une pneumonie, à l'âge de quarante et un ans. Une intelligence d'élite, fécondée par un travail soutenu, une observation opiniâtre, l'avait conduit à la position éminente qu'il occupait. Malgré son âge peu avancé, il jouissait d'une grande autorité parmi ses confrères; il en était aimé et respecté; ses travaux sur l'embolie l'ont placé à côté de Bouillaud et de Virchow, car c'est à lui qu'est due la découverte de l'*endocardite ulcéreuse*. En distinguant des phénomènes d'embolisme produits par de gros caillots, de certains symptômes typhoïdes, coincidant avec la présence de petites concrétions granuleuses, il élucida cette nou-

velle espèce pathologique dont l'observation est aujourd'hui bien avérée (voy. ENDOCARDITE). Son *Manuel de physiologie* l'avait rendu populaire parmi les étudiants.

Lejeune, *Ernest*, médecin militaire belge qui, plein de savoir et d'avenir, s'était engagé dans la légion belge-mexicaine, comme médecin de régiment. Il fut tué lâchement après le combat de Tacamburo, pendant qu'il pansait un blessé mexicain, et succomba ainsi victime d'une noble ambition et du dévouement médical, à vingt-neuf ans !

Lemarchand, *Albert*, ancien interne des hôpitaux de Paris, succombant à vingt-huit ans, à Bordeaux, d'une fièvre typhoïde contractée en visitant ses malades.

Lembert, *Jean-Baptiste*, praticien très-estimé de Paris, où il est mort, le 14 juin, trois mois après avoir été honoré de la décoration de la Légion d'honneur, unique récompense de trente ans de pratique, de dévouement et d'abnégation pour les pauvres malades de son quartier.

Lereboullet, doyen de la Faculté des sciences de Strasbourg, et directeur du Musée d'histoire naturelle, a succombé prématurément à soixante et un ans. Sa vie entière fut consacrée au service de la science, ainsi que l'attestent de nombreux travaux; service aussi zélé, laborieux que désintéressé.

Macquet, *Louis-Jules*, l'ancien interne distingué et lauréat des hôpitaux de Paris de 1844 à 1850, a succombé à quarante-quatre ans à peine, chirurgien de l'hôtel-Dieu d'Angoulême, alors qu'il avait conquis la confiance de toute la population de cette ville, autant par son savoir, son habileté et ses succès que par sa douceur, son affabilité et son dévouement à ses malades.

Malgaigne, *Joseph-François*, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, président de l'Académie de médecine, a succombé le 19 octobre, à peine âgé de soixante ans. Il y avait à peine huit mois que, présidant pour la seconde fois l'Académie, il avait été frappé de congestion sur sa chaise curule, et depuis il n'avait pas recouvré sa brillante intelligence ni les traits de son esprit. Orateur éloquent et spirituel, écrivain érudit, fécond et pénétrant, il communiquait à tous les

sujets qu'il traitait un intérêt nouveau et inconnu. Le paradoxe était le trait remarquable de son esprit. Historien, comme en témoignent plusieurs travaux d'érudition et notamment son édition magistrale des œuvres d'A. Paré, il se montra surtout chirurgien savant et critique dans son excellent *Manuel de médecine opératoire*, dont les éditions se sont succédé et dont le succès lui survivra, dans son beau traité des *Luxations et fractures* et tant d'autres œuvres remarquables; mais aussi, lui qui n'avait vécu que par l'esprit, est mort aussi par là, suivant les paroles de l'Écriture, car il en avait usé et abusé. Le corps médical a perdu en lui le plus brillant représentant de la chirurgie française.

Marx, l'ancien aide de clinique de Dupuytren et son secrétaire particulier et intime, a quitté la vie sans bruit, sans éclat, comme il avait vécu. Sa vie médicale fut intimement liée à celle de son maître; elle s'y rattache par ses leçons cliniques, publiées en collaboration avec M. Brierre de Boismont, et par plusieurs autres actes. Il est mort à soixante-huit ans.

Melays, *Marie-Louis*, chirurgien à l'hôtel-Dieu de Rouen et des asiles d'aliénés, professeur à l'École de médecine, etc., est mort le 8 août, à cinquante et un ans. Tous ces titres attestent assez le mérite de ce médecin distingué, et le concours de toutes les autorités de la ville et d'une foule empressée ont témoigné du crédit et de l'honorabilité dont il jouissait autant que des regrets que cette mort prématurée a excités dans toute la population rouennaise.

Mercadier, médecin aide-major à l'ambulance de Pachuca (*Mexique*). Tombé mort au milieu du détachement du 2e zouaves qu'il accompagnait et qui fut attaqué traîtreusement le 28 janvier dans une gorge de la Huasteca.

Mollard, *Charles-Louis*, dont le nom était devenu populaire et des plus honorés dans sa ville natale, à Chambéry, par les nombreux services qu'il lui rendit toute sa vie, est mort le 5 février, aussi généralement regretté qu'il avait été aimé.

Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Beaujon, modèle d'un travail persévérant, opiniâtre, et de probité professionnelle, a succombé le 29 avril, à cinquante-quatre ans. Son

caractère brusque, sa loyauté scientifique, l'empêchèrent d'arriver à la position éminente dont son mérite était digne. Les distinctions dont il fut l'objet furent toutes dues à des travaux sérieux, dont plusieurs furent couronnés par les Académies de médecine et des sciences. Tels sont principalement ses mémoires sur la *cystite cantharidienne*, les *fractures de la mâchoire*, les *hernies du poumon*, *l'hydropneumothorax*, les *fractures de la clavicule*, un *signe pathognomonique de la rupture du péricarde*, etc. Mais en ne voulant devoir ses succès qu'au travail, il négligea les hommes, qui ne se préoccupèrent pas de lui, et c'est ainsi que sa mort n'a pas eu le retentissement qu'une si grande perte pour la science devrait toujours exciter. Il ne pouvait trouver sa récompense que dans le ciel.

Mott, *Valentine*. Le plus grand chirurgien des Etats-Unis, a succombé à New-York, le 26 avril, à quatre-vingts ans. Son habileté et sa hardiesse opératoire ont rendu son nom universellement célèbre, à l'égal des Cooper et des Dupuytren, et élevé la chirurgie américaine à l'égal de celle d'Europe. Dès 1816, il pratiqua heureusement l'amputation coxo-fémorale. Le premier, en 1818, il osa porter une ligature sur le tronc brachio-céphalique à 2 pouces seulement du cœur, opération qu'il eut la joie de voir couronnée d'un entier succès avant sa mort. A. Cooper, dont il était l'élève, répondit en apprenant cette nouvelle : « Je préférerais être l'auteur de cette opération que de toutes celles que j'ai inventées. » Il lia aussi le premier l'artère iliaque avec succès, en 1827. Sept ligatures heureuses de la sous-clavière, 16 amputations du maxillaire inférieur, 46 ligatures de la carotide primitive, 7 de l'iliaque externe et 52 de la fémorale, 165 lithotomies, et 1000 amputations, environ, constituent l'avoir pratique de ce grand chirurgien, sans compter toutes les petites opérations qui en sont comme la menue monnaie. Fondateur de l'Académie de médecine de New-York et du collége médical de l'université de cette ville, il fut élu ensuite correspondant de tous les principaux corps savants de l'Europe. Sa mémoire est donc impérissable, sinon par ses travaux de littérature, au moins par les progrès qu'il a imprimés à la chirurgie.

Naudin, *Pierre*, professeur honoraire de l'Ecole préparatoire de médecine de Toulouse, ancien membre du jury médical

du département, membre libre de la Société impériale de médecine locale, membre adjoint correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc., etc., décédé à Toulouse, le 13 mars, dans sa quatre-vingt-deuxième année. Ce vénérable doyen des médecins de Toulouse a emporté les regrets de tous pour les services rendus à la science dans sa longue carrière et l'exemple d'activité et d'exactitude à ses devoirs professionnels qu'il a toujours montré.

Pachenstecher, *Karl*, célèbre ophthalmologiste, médecin en chef de l'hôpital d'Herfeld, a succombé dans cette ville, à de longues souffrances, âgé de quarante et un ans.

Pailloux (Mme), née *Elisa* HAUMONTE, femme d'un honorable confrère, est décédée, sans enfants, le 6 juin 1864, dans un petit village de Saône-et-Loire, en laissant les dispositions testamentaires suivantes, qui doivent immortaliser son nom dans les annales de la médecine comme celles de la bienfaisance :

« Je lègue à la commune de Saint-Ambreuil, canton de Sennecey, département de Saône-et-Loire, pour ma part, notre domaine entier dans ce village, avec le mobilier, nos objets d'art et nos souvenirs de voyage et, de plus, le restant de ma propre fortune, soit en maisons à Paris, soit en capitaux placés sur l'Etat ou sur des particuliers, à la charge de ne jamais aliéner ce domaine et d'y assurer, à perpétuité, la résidence d'un docteur en médecine, avec 1000 fr. de rente, en toute provenance de moi ou de mon mari, pour l'aider à vivre convenablement dans ce petit village, à condition qu'il soignera gratuitement, à domicile ou dans un asile, les gens nécessiteux de la commune ; à charge en outre, à la commune, d'établir et de fonder à perpétuité dans ce village même, un asile modeste pour les invalides de l'agriculture, où ceux de Saint-Ambreuil d'abord, ensuite ceux des communes les plus voisines, seront logés et secourus en proportion des ressources que nous laisserons, moi et mon mari, à ce sujet. »

En laissant à son mari l'usufruit de ses biens, cette dame a laissé deviner, par ces dispositions, un tendre accord tacite entre eux à assurer aux pauvres de bons soins dans la maladie.

Pauthin, *Eugène*, mort des suites d'une piqûre anatomique

qu'il s'était faite en pratiquant une autopsie en sa qualité d'interne.

Piria, *Raffaele*, le *Liebig* italien, a succombé le 18 juillet, âgé de cinquante ans seulement, alors que l'Italie avait tant à attendre de son zèle et de son talent.

Renaudin, directeur de l'asile de Maréville, un des représentants les plus autorisés de la médecine mentale en province.

Reveil, docteur en médecine et ès sciences, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et de l'École de pharmacie; pharmacien de l'hôpital des Enfants. Tous ces titres, gagnés par un long travail opiniâtre et incessant, ont été perdus en un clin d'œil ainsi que l'avenir brillant qu'ils promettaient à leur auteur. Une mort subite, survenue le 6 juin, l'a enlevé à sa famille, à la science et à ses amis.

Rigal, *de Gaillac*, chirurgien très-distingué et bien connu sous ce nom de tout le corps médical, a succombé le 26 octobre à une longue et douloureuse maladie, survivant ainsi de quelques jours à peine à son ami Malgaigne. Ex-constituant en 1848, correspondant de l'Académie de médecine, M. Rigal était un des chirurgiens les plus connus et les plus habiles de la province. Il a ainsi illustré sa ville natale.

Rollande, *du Plan*, médecin à Châteaurenard. Personnification de la charité, que l'exercice de sa profession parmi les classes pauvres le mit à même de faire avec abondance. Plus d'une fois il se dépouilla du linge qu'il portait pour en faire aussitôt profiter le malade. Son testament a été le digne couronnement de sa vie. Il a légué sa propre maison, belle et vaste, pour en faire un hospice, ainsi qu'une somme de 2000 fr. à la Caisse des retraites de l'Association générale des médecins de France.

Semmola, *Giovanni*, l'illustre thérapeutiste italien qui fut le réformateur de cette branche de l'art par ses ouvrages sur la *préparation, l'action et l'usage des médicaments*, et son Traité de pharmacologie et de thérapeutique, est mort à Naples à soixante-douze ans. Sous la tyrannie bourbonnienne, il fut exilé et emprisonné à cause de son libéralisme, et par contre

élu député à la révolution de 1848. Il voulut être enterré sans éclat et mourir aussi simplement qu'il avait vécu.

Southey, ancien médecin de George IV, professeur de médecine, inspecteur et auteur de plusieurs travaux sur les maladies mentales dont il avait fait sa spécialité, est mort à Londres le 1er juin, à quatre-vingt-deux ans.

Stæss, qui pratiqua le premier en France la section du tendon d'Achille, est mort à Strasbourg dans un âge avancé.

Suc, *Antoine*, médecin en chef de l'hôtel-Dieu de Marseille, une des plus anciennes illustrations du Midi, mort à un âge avancé.

Taché, qui vient de succomber au Canada, premier ministre du gouvernement, n'a pas moins droit à nos hommages. C'est lui qui, après avoir combattu en 1812 pour empêcher l'incorporation du Canada à la couronne d'Angleterre, fit ensuite cette mémorable déclaration : « Que le dernier coup de canon tiré par la suprématie anglaise en Amérique, le serait par un Canadien français. » Il déposa son épée après la guerre, se fit recevoir docteur, et exerça plusieurs années avec succès. Mais la politique réclamait un si vaillant patriote. Il fut nommé deux fois premier ministre, aide de camp de la reine et décoré de sa main pour ses bons services. La France et les Français n'ont qu'à s'honorer d'un tel patriotisme.

Tourette, *Léonce*, ancien chirurgien, a succombé à Toulon, où il s'était rendu spontanément pour secourir les cholériques par le traitement à l'*eau froide*, qu'il croyait infaillible et que l'invasion foudroyante du mal ne permit pas même d'employer pour lui. Si celui qui succombe au poste d'honneur est digne d'éloges, combien l'est plus celui qui, quittant par conviction sa paisible demeure, sa femme, ses enfants, va courageusement au-devant du danger! Il y a plus que du devoir, c'est un dévouement héroïque qui mérite le respect et l'admiration.

Trastour, *Nicolas*, chirurgien principal d'armée, mort à quatre-vingt-six ans, le 18 décembre 1864. Membre correspondant de l'Académie de médecine, vétéran distingué de cette illustre phalange qui porta si haut la gloire de la chirurgie militaire de la République à l'Empire, et de l'Empire à la Restau-

ration. Il fit école à l'hôpital de Toulon, comme chirurgien principal, par son zèle, sa ponctualité militaire autant que par ses traditions opératoires. La mort qui l'avait respecté sur les champs de bataille d'Ulm, Austerlitz, Saint-Léonard, Wagram, Moscou, et dans l'épidémie cholérique de 1832, est venue le frapper dans sa ville natale, à Antibes, où il s'était retiré et se consacrait au bonheur de sa famille et de ses concitoyens. Antibes en ressentant vivement sa perte, devrait en consacrer le souvenir par une statue élevée à ce chirurgien éminent et dont la vie l'honore.

Tuefferd, *Georges-Frédéric*, de Montbéliard, le condisciple, le rival d'études et l'ami des Marjolin, Magendie, Roux, Breschet, et Dupuytren, a succombé en vrai patriarche, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans et neuf mois. Comme ses illustres collègues, il eût pu chercher à Paris une célébrité que son intelligence et son activité lui promettaient, il préféra être utile à ses compatriotes, et pendant cinquante-huit ans il se livra à l'exercice rude mais essentiellement utile de la pratique rurale. Sa notoriété et ses travaux sur les *revaccinations*, dont l'un des premiers en France il se fit le promoteur, le firent nommer correspondant de l'Académie de médecine. Il est mort vénéré de plusieurs générations de ses concitoyens, en laissant un fils continuer sa carrière et ses excellentes traditions.

Valenciennes, *Achille*, l'ami de Humboldt et le collaborateur de Cuvier, dut surtout à ces titres ceux de professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut, professeur à l'École de pharmacie et maître de conférences à l'École normale. Mort le 15 avril, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Versini, *Dominique-Vincent*, médecin des plus honorés de la Corse, président de la Société locale, ancien inspecteur des établissements de bienfaisance et membre du Conseil général, décédé à Ajaccio, à l'âge de soixante-dix-huit ans.

Voillemier, vétéran honoré des praticiens, est mort à Senlis, président de la Société locale, en laissant un legs de 500 fr. à la Caisse des pensions viagères d'assistance de cette Société.

Wachsmuth, *Adolphe*, professeur de pathologie spéciale et

de clinique à l'Université de Dorpat, enlevé à la science le 15 avril, à trente-huit ans.

NÉFROZYMASE. Conduit par ses recherches sur la zymase des fleurs et la matière albuminoïde que la plupart des glandes ou même des muqueuses sécrètent dans certains états et qui agissent sur les matières transformables comme les zymases sur le sucre, la fécule et les glucosides, M. Béchamp a étudié celle qui pouvait être sécrétée par les reins et exerçant son action sur l'urine. C'est la matière albuminoïde ferment de l'urine, qui s'obtient par diverses préparations mêlée de phosphate terreux calcaires et magnésiens. On en démontre l'existence par sa propriété de fluidifier l'empois de fécule et de saccharifier celle-ci comme la diastase et la syalazymase. Il est donc du même genre. De là son nom de *Néfrozymase*.

Elle existe dans l'urine normale des deux sexes avec la même activité aux différents âges en quantité variable. Elle s'élève jusqu'à 6 décigrammes environ par litre d'urine. Elle varie le jour et la nuit, et suivant la nourriture prise. La moyenne dans les vingt-quatre heures étant de 55 centigrammes environ, chez l'homme, et de 4 décigrammes seulement chez la femme. C'est dans l'enfance que la sécrétion paraît en être la plus abondante. Une alimentation animalisée lui fait atteindre son chiffre le plus élevé. Elle augmente du triple sous l'influence de l'exercice.

C'est donc là une matière différente de l'albumine et de l'albuminose, puisqu'elle existe toujours et presque exclusivement dans l'urine normale et l'état de santé le plus complet ; tandis qu'elle se rencontre moins constamment et en plus faible quantité dans l'état pathologique. L'urine des femmes enceintes en présente surtout des quantités notables. Elle a été constatée dans plusieurs maladies aiguës et chroniques, n'ayant entre elles aucun rapport. Elle s'est même rencontrée dans l'albuminurie. Il suffit pour en constater la présence de mettre l'urine en contact avec l'empois de fécule qui en est dissous en peu de temps. Et comme une preuve de la nature protéique de ce ferment bien différent de l'albumine, c'est que les urines les plus riches en albumine sont précisément celles qui ont le moins d'action sur cet empois. (*Montpellier méd.*, mars, juin et août.)

De la néfrozymase dans les affections des centres nerveux. Thèse inaugurale subie à la Faculté de Montpellier par M. Louis Leblond.

Le point essentiel du résultat des expériences consignées dans cette monographie, c'est l'extrême variation du ferment de l'urine chez les aliénés hommes et femmes, comme dans l'état normal et dans l'état de maladie, sans que l'on puisse en saisir la cause d'une manière bien certaine. C'est donc à l'avenir seul de prononcer.

NERFS. Pour faciliter l'étude de leurs éléments histologiques, M. Roudanowski propose d'opérer sur du tissu nerveux, gelé à une température de 15 degrés R., en en préparant les coupes avec un couteau à double tranchant, de les colorer avec de la teinture de cochenille et de recouvrir les pièces avec le baume du Canada ou une solution de 6 à 7 parties d'ichthyocolle dans 8 parties de glycérine. Il serait facile ainsi d'en étudier la structure exacte, à en juger par la description minutieuse qu'il en a faite. (*Acad. des Sciences*, décembre 1864, et *Journ. de l'anatomie*, n° 3.)

Action des poisons. Après avoir empoisonné des chats, des chiens et des lapins par la strychnine, la nicotine, l'opium et le chloroforme, M. Roudanowski a remarqué que toutes ces substances altèrent toujours le tissu nerveux. La strychnine et la nicotine altèrent les cellules nerveuses et leurs embranchements ; le chloroforme, l'opium, et peut-être l'alcool, modifient la myéline. Après la nicotine, il y avait une forte pigmentation et la destruction des cellules nerveuses avec leurs prolongements seulement dans la moelle épinière où commencent les nerfs vagues et hypoglosses. Les cellules nerveuses et leurs prolongements sont devenus brun foncé, et ont pris un aspect de désorganisation.

Sous l'influence de ces poisons, il a remarqué qu'avec la congestion dans les vaisseaux sanguins des racines des nerfs de la moelle épinière, les réservoirs augmentent aussi en volume.

D'où l'auteur tire cette conclusion quo la goutte d'un poison énergique, comme la nicotine, suffisant pour tuer un grand animal, n'agit pas en altérant chimiquement la métamorphose de tout l'organisme, mais en détruisant les cellules nerveuses qui sont l'origine des nerfs des principaux organes de la vie. L'action de l'opium et du chloroforme s'exerce sur la myéline qui, au lieu de la forme amorphe grenue, prend l'aspect de petits corps brillants. (*Soc. de biologie.*)

C'est ainsi que dès 1857, M. Jacubowitsch annonçait à l'Académie des sciences, d'accord avec les conclusions précédentes, que toutes les fois qu'il avait tué subitement des animaux avec l'acide prussique, la nicotine, la conine et autres narcotiques, pour servir à ses études histologiques, les préparations du cerveau et de la moelle épinière devenaient tout à fait inutiles parce que les éléments nerveux et cellulaires se trouvaient entièrement détruits, les membranes en étaient déchirées, les cylindres d'axe séparés des cellules et mis en pièces, etc., ce qu'il attribuait, comme son compatriote, à l'action de ces alcaloïdes.

Ayant contrôlé ces assertions, M. Vulpian n'a pu constater les mêmes effets. Chez des animaux empoisonnés par la strychnine, la nicotine, le curare, les cellules de la moelle épinière ne différaient sous aucun rapport des cellules d'animaux morts d'une autre façon. Il a renouvelé également les expériences de M. Roudanowski en recourant à la congélation comme lui, et jamais il n'a pu retrouver la pigmentation constatée sur les pièces de ce physiologiste. D'où il conclut que cette pigmentation existait préalablement à la mort, ce qui est d'autant plus vraisemblable que les notions acquises sur la formation du pigment ne permettent pas d'admettre qu'il se forme en une ou deux heures, comme il résulterait des faits en question.

Quant à la destruction des cellules, outre qu'elle n'a pas été observée par M. Vulpian, un argument *à posteriori* montre qu'elle ne peut même exister ; chez les mammifères comme chez les batraciens, la nicotine et la strychnine amènent bien la mort apparente, mais, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures de léthargie, ces animaux recouvrent la plénitude de leur vie et de leur activité, soit spontanément comme chez les grenouilles, soit en entretenant la respiration artificielle chez les animaux supérieurs. Dans ces cas, le cœur continue à battre, et si la dose est trop forte, la mort n'arrive que par la cessation de ses battements. Comment en pourrait-il être ainsi si les cellules nerveuses étaient détruites ? La reproduction n'en pourrait être aussi rapide, puisque, dans certains cas, leur destruction, ne fût-ce que leur altération, est effacée une heure après. On ne peut donc admettre le mécanisme de l'action des poisons invoqués par MM. Jacubowitsch et Roudanowski. S'ils modifient les éléments des centres nerveux, c'est d'une manière légère, temporaire et non pas irréparable comme ils l'admettent. (*Gaz. méd.*, n° 7.)

Suivant le docteur Benedikt, l'iode produirait un effet analogue sur le système nerveux, se traduisant par la paralysie de la respiration, puis celle des muscles et finalement celle du cœur. (V. IODISME.)

Chaleur des nerfs en activité. De même que Valentin l'avait déjà obtenu, le professeur Œhl de Pavie a confirmé cet effet à l'aide d'expériences analogues (*Ann. univers. di medic.* décemb. 1864). Les nerfs ischiatiques du poulet, excités, subissaient une augmentation thermique de 0,09°, et les mêmes nerfs du lapin, celle de 0,15°. En outre, le nerf, lorsqu'il perdait son excitabilité, diminuait graduellement de température jusqu'à ce qu'il cessât de dévier l'aiguille indiquant les différences thermogéniques. Reste à savoir comment se développe cette augmentation de température qui se manifeste dans les nerfs comme dans les muscles. Est-ce par l'effet de la contraction simultanée des fibres et de la compression qui en résulte comme on la développe par le frottement dans les corps inorganisés? C'est un rapprochement qui aurait bien son importance au point de vue des sources de la chaleur animale.

Gunshot Wounds and other injuries of nerves (Lésions des nerfs par armes à feu et leurs conséquences), par MM. Mitchell, Morehouse and Keen, chirurgiens de l'armée fédérale. Philadelphie, 1864.

C'est le rapport sur le service spécial institué séparément, en 1863, par le docteur Hammond, pour l'étude de ces lésions. Il forme une monographie des plus intéressantes et une source nouvelle et féconde en enseignements sur les effets immédiats des blessures des nerfs, dont aucun auteur n'avait traité jusqu'ici en particulier. On y trouve entre autres une observation, peut-être unique, de blessure du grand sympathique au cou. (*Gaz. hebd.*, n° 19.)

Les *Archives générales de médecine*, février, en donnant un extrait substantiel de ce livre, rattachent ces effets sous les titres suivants :

Atrophie et contractures des muscles.

Altération de nutrition dans la peau et ses dépendances.

Altération de nutrition des articulations.

Altération des sécrétions avec une douleur brûlante qui s'y joint fréquemment.

On peut juger par là combien la traduction complète est désirable.

NÉVRALGIES. Traitement. *Excision du nerf.* Dans 2 cas de névralgie de la mâchoire inférieure et de la langue chez des femmes, M. Bœckel, de Strasbourg, a procédé à l'excision du nerf lingual et mentonnier, par la bouche, sans rencontrer, dit-il, de grandes difficultés. La disparition des douleurs se maintint pendant un an seulement dans le premier ; elle ne durait encore que depuis trois mois lors de la publication, et à en juger par les faits précédents, il est à craindre qu'elle ne se maintienne pas longtemps. D'après les nombreux faits relatés aujourd'hui, cette opération très-délicate ne peut être considérée que comme palliative, quel que soit le procédé employé. C'est un moyen d'attendre le terme naturel de cette terrible maladie, peut-être même de l'avancer. (*Gaz. des hôp.*, n° 3.)

Collodion morphiné. Chez une dame atteinte d'une névralgie trifaciale avec photophobie, larmoiement et douleurs continues rebelles à toute la série des calmants, M. Caminiti, chirurgien de l'hôpital de Messine, ayant noté le retour du mal aux variations de température, recouvrit les parties douloureuses avec le vernis suivant, pour les mettre à l'abri du contact de l'air :

℞ Collodion élastique.	30	grammes.
Hydrochlorate de morphine	1	—

Mêlez.

La douleur cessa immédiatement et ne reparut pas durant 25 jours que le collodion resta sur la peau (*Gaz. des hôp.*). C'est la même idée que l'emploi des autres calmants, le chloroforme, l'atropine, etc., recouverts de taffetas ; seulement le mode d'application est plus facile et plus favorable, spécialement pour l'indication qu'il s'agissait de remplir ici.

Douches capillaires. Administrées avec l'irrigateur spécial de M. le docteur de Laurès (V. Pulvérisation), elles ont réussi à guérir trois cas de névralgies rebelles, savoir : névralgie de la face chez une femme hystérique de quarante-cinq ans, entrée à la Pitié, service de M. Gallard, et chez laquelle le sulfate de quinine, les vésicatoires morphinés, n'avaient produit aucune amélioration, tandis que l'amélioration de la première douche fut immédiate.

Névralgie faciale intense, datant de 7 ans, chez un vieillard de soixante-quatorze ans, produisant jusqu'à 100 crises par jour avec cris, distorsion du visage, grimaces, écoulement involontaire de la salive, épiphora. Dès la 2e douche la sédation commença et fut suivie de guérison.

Névralgie lombaire et sciatique, datant de 20 mois, chez une femme de quarante-cinq ans, entrée à l'hôpital Beaujon, service de M. Moutard-Martin, et chez laquelle les ventouses scarifiées, les douches chaudes, les injections hypodermiques d'atropine, étaient restées sans résultat, une légère amélioration suivit la deuxième douche capillaire et la guérison succéda bientôt. (*Acad. de méd.*).

Il serait désirable que les insuccès que cette méthode a dû rencontrer comme toutes les autres dans cette affection protéiforme, fussent également relatés, car ce n'est que par la comparaison des cas que l'on peut distinguer ceux où elle convient spécialement.

Pronostic. La douleur continue, plus ou moins exagérée, par diverses pressions, est un des caractères essentiels de la vraie sciatique, selon M. Lasègue. Plus elle est marquée, plus le pronostic est grave ; les sciatiques les plus bénignes sont celles où elle est peu marquée et qui revêtent le plus franchement les caractères des autres névralgies. C'est donc à tort que des médecins, à l'exemple de Valleix, se préoccupent trop exclusivement des points douloureux et des élancements périphériques. Ces différences ressortent des observations relatées par l'auteur (*Arch. de méd.*, novembre 1864.)

Névralgie de la cinquième paire. *Excision de la cornée.* Un commis papetier de trente-huit ans, ayant perdu la vue de l'œil gauche, par suite de la projection d'un éclat de capsule fulminante, éprouva ensuite des douleurs continues, persistantes dans la région sus-orbitaire, la tempe et le trajet du nerf naso-ophthalmique malgré des médications variées, notamment le sulfate de quinine, les onctions belladonées, etc.

Supposant que cette névralgie opiniâtre de la cinquième paire est causée par la présence dans l'œil de quelques débris du corps étranger, M. Fano pratique l'incision d'une large portion de la cornée, qu'il recouvre ensuite de cataplasmes émollients pour favoriser la sortie du corps étranger. Dès lors les douleurs ont

cessé immédiatement et n'ont pas reparu depuis, bien qu'il ne soit sorti aucun corps étranger de l'œil. (*Gaz. des hôp.*, n° 136, 1864.)

NÉVROSES. *Des névroses*, par le docteur Axenfeld, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8° de 575 pages. *Germer Baillière.*

Cet ouvrage, extrait de la *Pathologie* médicale du professeur Requin, a été l'objet d'une récompense et de grands éloges de la part de la Faculté de médecine dans sa séance solennelle de 1864. C'est assez en dire le mérite et la valeur toute spéciale.

Application du courant constant au traitement des névroses, leçons faites à l'hôpital de la Charité, par le professeur Remak, de l'Université de Berlin, broch. in-8° de 45 pages. *Germer Baillière.*

Le retentissement qu'ont eu ces leçons et les résultats surprenants obtenus et rendus publics par le célèbre professeur, assuraient à cette simple brochure un succès qui n'est pas encore épuisé. Pour en rendre compte, il faudrait la reproduire, mieux vaut la faire lire.

NOSOLOGIE. Suivant M. Libermann, la maladie appelée typhus abortif ne mériterait pas plus ce nom et ne participerait pas plus à la nature septicémique du typhus, que la pleurodynie de la pleurésie, ni la diarrhée du choléra. Ce serait là tout simplement un embarras gastrique fébrile, qui durant une épidémie de typhus, en prend, en revêt certains caractères comme toutes les affections qui peuvent se développer pendant son règne. Voy. Typhus.

NOUVEAU-NÉS. *Poids et longueur.* Des recherches faites sur 2087 nouveau-nés provenant de 2070 accouchements, le docteur M. Duncan a trouvé que le poids est moindre chez ceux des primipares que des multipares, mais que loin de dépendre du nombre des accouchements, ce poids est en rapport avec l'âge de la mère. Ainsi il résulte de ses tableaux qu'il varie selon cet âge, augmente de 25 à 29 ans pour diminuer ensuite, de même que la longueur (*Edinb. med., Journ.*, décembre 1864). C'est là une nouvelle donnée qui doit au moins subir les exceptions de l'état de santé et du sexe du fœtus, ainsi que de la mère. Il serait curieux de la vérifier.

L'augmentation régulière du poids résulte du tableau suivant du professeur Hecker, jusqu'au cinquième accouchement.

Le premier enfant	pesait en moyenne	3201	grammes
Le deuxième	—	3330	—
Le troisième	—	3353	—
Le quatrième	—	3360	—
Le cinquième	—	3412	—
Le sixième	—	3353	—

(*Monatsschr. für Geb.*, décembre 1864.)

Vie sans respiration. Aux trois faits de ce genre rapportés par M. Bardinet à l'Académie de médecine (Voy. Fœtus, *Dictionnaire*, 1864), M. Devergie, dans son rapport, montre que Marschka, de Prague, en avait observé deux semblables avant lui, qu'il a consignés dans un mémoire intitulé : *Des Leben der Neugeborenen ohne Athmen* (La vie des nouveau-nés sans respiration), inséré dans *Prager Vierteljahrschr. für die prakt. Heilk.*, 1854, t. III, et dont la *Gaz. hebdom.*, t. I, p. 1059, a extrait les détails principaux. L'un offre surtout une analogie frappante avec ceux de M. Bardinet, la vie s'était entretenue sept heures sans respiration. D'autres faits, exhumés des annales de la science, montrent d'ailleurs que l'attention avait déjà été éveillée sur ce sujet d'une si grande importance physiologique. Aussi M. Devergie a-t-il pu dire que c'était moins la nouveauté de ceux-ci que la durée considérable de la vie observée et bien constatée qui en faisait la valeur. Il les discute cependant aussi bien que les opinions théoriques émises pour les expliquer. Adoptant celles de M. Bardinet, il repousse au contraire celles de Marschka, qui attribue l'entretien de la vie à l'impulsion seule donnée par le cœur au sang de la circulation fœtale.

Ces faits doivent donc avoir le double avantage d'appeler l'attention des physiologistes sur les questions de doctrine pouvant s'y rattacher, et au point de vue pratique de n'abandonner un enfant nouveau-né qui n'a pas les apparences de la vie, qu'après s'être assuré de la mort par la manifestation des caractères certains de la cessation de la vie. (*Acad. de méd.*, août.)

M. Danyau, d'accord avec MM. Géry et Maindrault, au lieu de réclamer une loi nouvelle pour la constatation des naissances à domicile comme le demandait M. Loir, est d'avis de conserver les deux modes, et de s'en rapporter pour celui-ci aux dispositions bienveillantes et aux facilités accordées aux intérêts qu'il s'agit de sauvegarder : la vie des enfants. Si définitivement

l'usage prévaut, dit-il, s'étend et se généralise, pourquoi exiger davantage? à quoi bon imposer une nouvelle obligation?

Mais, reprend M. Depaul, s'il y a une loi à cet égard, d'où viennent les différences dans les façons d'agir des employé des mairies de Paris? Pourquoi admet-on des certificats de médecin-accoucheur dans certaines mairies, tandis que d'autres ne les admettent qu'après avoir fait vérifier la réalité du sexe par un garçon de bureau, et que dans d'autres, un médecin spécial est commis pour se transporter au domicile des parents, aux frais de ceux-ci?

Tout le monde ne peut payer cette somme ni prendre une voiture l'hiver pour conduire les enfants à la mairie. On les y envoie donc sur les bras d'une garde ou d'une voisine, et il en résulte souvent des accidents mortels ou du moins très-graves, comme des ophthalmies interminables, pouvant entraîner la perte d'un ou des deux yeux. (*Acad. de méd.*, 16 août.)

Envoyer les nouveau-nés à l'église est en hiver une cause certaine de mortalité pour eux, et cependant les faire baptiser à domicile n'est pas toujours praticable. Le docteur Bubola, pour tout concilier, propose de les porter dans une petite boîte ou maisonnette faite dans ce but, et dont chaque accoucheuse serait pourvue (*Gazz. med. Venete*. nº 15). Ils n'en seraient pas moins exposés au refroidissement pendant la cérémonie si longue du baptême catholique et aux formalités qui obligent de le découvrir. Le plus sûr moyen serait de les *ondoyer* et de ne les présenter à l'église qu'à un certain âge où ce danger n'est plus à redouter.

Mortalité. Elle varie suivant les localités. La statistique qui l'élève à 1/6 pour la première année en France, la montre bien plus élevée dans certains départements industriels. Ainsi M. Dollfus a montré à ses collègues de la Société industrielle de Mulhouse qu'elle dépassait toujours 30 pour 100 dans cette ville; elle a été de 33 pour 100 en 1863, tandis qu'elle n'est que de 20 à 22 dans d'autres grands centres industriels, à Roubaix et Manchester, par exemple.

Pensant que la principale cause de cette mortalité effrayante était le travail des femmes dans les ateliers, jusqu'au moment de l'accouchement et le besoin d'y retourner aussitôt après, M. Dollfus a pris la mesure très-louable de payer le salaire à ces pauvres femmes pendant six semaines après leurs couches

sans travailler, pour leur permettre de donner à leurs enfants les soins nécessaires. Or, du 1er novembre 1862, date de cette mesure, au 1er novembre 1863, 1150 femmes employées dans sa maison ayant donné 108 naissances, dont 6 mort-nés, il n'y a eu que 25 décès sur les 102 restants, soit moins de 25 pour 100, et de même dans le semestre suivant. Tel est le premier résultat de cette mesure si sage et humanitaire, qui moyennant le versement de 15 centimes par quinzaine versés par l'ouvrière et autant par le fabricant, peut assurer un fonds suffisant pour ce service et arracher ainsi à la mort plus de 12 enfants sur 100. (*Gaz. des hôp.*)

Congestion apoplectiforme des capsules surrénales. Des nouvelles recherches du professeur Matteï, de Sienne, consignées dans le *Sperimentale* (avril), il résulte que cette lésion anatomo-pathologique, signalée par M. Rayer, est beaucoup plus fréquente qu'il ne l'avait dit précédemment.

En ne distinguant pas la congestion de l'infiltration, il l'a trouvée presque constante. Ainsi, sur 90 autopsies, il a rencontré 75 fois la congestion ou l'apoplexie des capsules occupant la partie centrale ou corticale, d'un aspect variable, suivant l'étendue de la lésion. Elle a l'apparence du foie dans les cas légers, du sang coagulé dans les plus intenses. La rougeur varie ainsi suivant l'ancienneté du mal, toujours plus marquée au centre qu'à la périphérie. La forme de cet organe ne change guère qu'en cas d'extravasation du sang et en formant un ou plusieurs foyers. Quand l'infiltration est considérable, son volume peut doubler, tripler. Ainsi, le poids, qui en est de 2 grammes à l'état normal, s'élevait à 8 grammes dans un cas.

Ces 90 autopsies se subdivisent ainsi :

22 sur des fœtus mort-nés ont donné 18 cas d'altération de la capsule, dont 16 de congestion simple ou hémorrhagique des deux capsules dans 14 et d'atrophie profonde dans les deux autres. Des 4 cas où la capsule était intacte, 2 sont relatifs à des fœtus de 5 à 6 mois et de 2 extraits par l'opération césarienne, ce qui a une grande importance au point de vue de l'étiologie de cette affection.

39 sur des nouveau-nés de 1 à 3 ou 4 jours ont montré 37 fois cette lésion. Légère dans la plupart des cas, elle était limitée, dans 12, à la partie médullaire; dans 1 autre, à l'angle antérieur, et, dans 5 seulement, il s'y joignait une véritable apoplexie.

29 sur des enfants au-dessous d'un mois ont donné 21 cas seulement d'altération de la capsule, 4 fois assez intense, 1 seule fois générale.

Ces résultats sur la fréquence et l'intensité de l'altération dont il s'agit justifient assez bien l'étiologie que l'auteur lui attribue : la compression du corps du fœtus pendant l'accouchement et l'obstacle en résultant pour la circulation périphérique. Sans rapporter tous ses raisonnements ni ses observations nécroscopiques à l'appui, il nous semble que ce sujet est assez intéressant pour être vérifié, éclairé ; maintenant que des jalons sont posés sur ce nouveau terrain, c'est à l'observation ultérieure d'en confirmer ou d'en rectifier la justesse et la portée.

Gaz intestinaux. De nombreuses autopsies ont permis au professeur Breslau de Zurich d'en faire un nouveau signe médico-légal d'une haute importance. Il n'a jamais rencontré de gaz dans aucune portion du tube digestif des mort-nés, qu'ils aient succombé pendant l'accouchement ou plus ou moins longtemps avant, lors même qu'ils étaient déjà en voie de décomposition. Ces gaz ne se sont rencontrés dans l'estomac d'abord, plus bas ensuite, que sur ceux qui avaient respiré, indépendamment de toute ingestion de nourriture. D'où il conclut que cet air est véritablement ingéré dans l'estomac avec la respiration. (*Genceskund. cour. der Nederl.*, n° 19.)

En raison même de ce fait, l'immersion de l'intestin, comme celle des poumons, peut servir à distinguer les mort-nés de ceux qui ont respiré. Ils ne surnagent jamais dans le premier cas. La percussion même suffit à établir ce fait, car l'estomac et les anses intestinales sont plus ou moins distendues, suivant que la respiration a été plus ou moins complète, ou s'est exercée plus ou moins longtemps.

O

OEDÈME. Œdème gangréneux des paupières. Instruit par les faits de MM. Bourgeois, Raimbert et les siens propres de l'inefficacité des cautérisations, de leur inutilité contre ces désorganisations étendues, résultant soit de l'intoxication charbonneuse, soit d'un état purement local, M. Mauvezin a été conduit à employer la suture des paupières, leur fusion

temporaire pour prévenir l'ectropion, et recourir ensuite avec plus de facilité à la blépharoplastie. Ces faits établis par 8 observations cliniques qui forment le corps d'une excellente monographie sur cette grave affection, voici comment il décrit cette petite opération destinée à prévenir les brides, les cicatrices vicieuses dans tous les cas.

La paupière étant renversée, on saisit avec une pince à dents de souris l'arête postérieure de son bord libre, et l'on coupe en sciant, avec le bistouri de préférence aux ciseaux, à moins que l'indocilité de l'opéré n'en fasse une indication spéciale, une languette de 2 millimètres de largeur, sans que l'avivement s'étende à plus des trois quarts postérieurs du bord libre, afin de ménager les cils. Ainsi avivées successivement, moins l'angle interne destiné à servir d'émonctoire à l'œil, les deux paupières sont réunies à l'angle externe où l'on commence à les réunir par la suture entrecoupée avec des fils de soie. Cinq points sont ainsi nécessaires pour avoir un rapprochement exact et égal, sans qu'il soit nécessaire pour cela de passer les fils avant l'avivement comme des auteurs l'ont conseillé, ce qui gêne ensuite la manœuvre du bistouri. Des compresses d'eau fraîche, fréquemment renouvelées, forment tout le pansement.

Un gonflement avec rougeur qui rend la coaptation des bords palpébraux plus complète survient bientôt. La réunion, quand elle doit s'opérer, est si prompte, que dès le lendemain on peut enlever les fils intermédiaires en laissant ceux du milieu et des extrémités. Sur 3 cas, M. Mauvezin l'a obtenue 2 fois d'emblée et après une seconde réunion dans le troisième. Mais pour qu'elle réussisse, il faut pratiquer la suture de bonne heure avant la chute des eschares. On laisse ainsi les deux paupières soudées pendant six mois au moins, jusqu'à un an, en détruisant l'union en plusieurs séances, afin que l'écartement des paupières ne soit pas trop grand. Dans les trois cas où cette opération a été pratiquée, il n'y eut *aucune difformité consécutive.* (*Archiv. de méd.*, avril et juin.)

Œdème malin. A l'occasion d'un nouveau cas mortel de cet œdème charbonneux, M. Debrou conteste la justesse de sa réunion avec l'œdème simple, local, gangréneux, que M. Babault pouvait seul avoir en vue, en disant qu'il guérissait avec des sangsues. Celui-ci est d'une tout autre gravité, et ne guérit pas par ce moyen simple. Il y a donc lieu de le distinguer au

point de vue du diagnostic et du traitement. Celui-ci est une maladie charbonneuse, en tout semblable à la pustule maligne, quoique sans pustule, comme l'existence des bactéridies dans le sang le prouve. On rencontre aussi les plaques ou élevures brunes sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle qui, sans être des pustules internes comme l'a prétendu M. Houel, en sont les caractères consécutifs. (*Arch. de méd.*, octobre.)

ŒSOPHAGE. Afin de rendre plus exact le diagnostic des altérations de cet organe, le docteur Natanson de Varsovie y a appliqué l'auscultation. Un examen comparatif lui a donné les résultats suivants :

Dans l'état normal et pendant la déglutition des liquides, le stéthoscope étant appliqué sur les côtés des vertèbres cervicales, on entend clairement, à gauche surtout, un murmure particulier, intermittent, fluctuant et de résonnance quelque peu métallique. En divisant en trois parties l'intervalle de deux déglutitions normales, successives, ce murmure en occupe un tiers, les deux autres sont remplis par une pause silencieuse.

Ce murmure spécial reste normal dans la dilatation circonscrite de l'œsophage, paralytique ou non, si ce n'est dans le point dilaté où il se change en un glou-glou, plus ou moins volumineux, et prolongé selon l'étendue de la lésion ; au-dessous, le silence est remplacé par un murmure continuel et précipité.

Il en est de même dans les divers rétrécissements spasmodiques, inflammatoires, ulcéreux, etc., seulement le glou-glou est plus prolongé, proportionnellement à l'étendue de la lésion.

Tandis que, dans l'état normal, l'auscultation de l'estomac fait entendre, immédiatement après le murmure pharyngé, un bruit stomacal produit par la chute du liquide, il est continuellement précipité dans les troubles de la déglutition.

Dans les tubercules du sommet du poumon gauche, le murmure de la déglutition est notablement augmenté et étendu de ce côté. Il est également plus fort et profond sous l'aisselle gauche dans la pneumonie, de ce côté dans toute la partie indurée du poumon. Il est très-faible au contraire dans l'épanchement pleurétique, sinon au-dessus. Il n'existe clairement qu'au sommet du poumon gauche dans l'emphysème. (*Central Blatt.*)

La conclusion générale à tirer de ces observations, c'est que l'auscultation appliquée aux lésions organiques de l'œsophage,

contribue à leur détermination topographique, et devient un puissant secours diagnostique dans les maladies des organes respiratoires.

OMOPLATE. Voy. Amputation.

OPÉRATION CÉSARIENNE. Voy. Dystocie.

OPHTHALMOLOGIE. La découverte de l'ophthalmoscope en amenant une révolution dans cette branche de l'art, depuis longtemps érigée en spécialité, continue à produire de nombreux travaux, livres et instruments sur ce sujet. C'est une nouvelle éducation à faire, et l'application de cet ingénieux instrument et ses nombreux perfectionnements en étendent sans cesse le champ. De nouveaux signes, de nouvelles lésions sont ainsi découvertes ; d'où résultent de nouvelles indications thérapeutiques et opératoires.

Procidence. Elle est un effet indirect dans plusieurs cas, de l'anévrysme par anastomose de l'artère ophthalmique qui fait saillir l'œil et le pousse en avant comme le ferait toute tumeur intra-orbitaire par la compression exercée sur les veines post-oculaires. M. Nunneley, qui l'appelle dans ce cas *protrusion vasculaire du globe de l'œil*, relate les trois exemples suivants à l'appui :

I. Un homme tombe de cheval et présente les symptômes d'une fracture de la base du crâne, mais peu de jours après, son œil gauche commença à proéminer. Cinq semaines après, l'état s'aggravant, et une gangrène du globe oculaire étant à craindre, la carotide primitive gauche fut liée. Cet homme guérit aussitôt sans qu'aucun accident eût reparu dix-huit mois après l'opération.

II. La protrusion de l'œil étant survenue spontanément chez un autre individu, la ligature de la carotide en arrêta aussitôt les progrès. L'opéré ayant ensuite succombé à la diathèse cancéreuse, on trouva une de ces tumeurs dans le sinus caverneux, pressant sur la veine ophthalmique, en pénétrant dans l'orbite par la fosse zygomatique.

III. Une femme étant morte cinq ans après avoir subi la même opération, on trouva à l'autopsie le cerveau et notamment le lobe antérieur du côté de la ligature atrophiés. Sur le côté de

la selle turcique, à l'endroit où l'artère ophthalmique naît de la carotide, existait un anévrysme circonscrit, rempli d'un caillot solide qui comprimait la veine ophthalmique. (*Roy. med. chir. Soçiety*, 1864.)

Pénétration de corps métalliques. — Quand il y a doute, et que par l'étendue de la plaie l'œil est perdu, M. Stœber propose de sonder l'œil avec le stylet. On s'assure ainsi de la présence du corps étranger ; et dans ce cas on peut l'extraire et éviter au malade des douleurs prolongées ; car s'il s'enkyste parfois, le plus souvent il provoque des douleurs persistantes, ainsi que de l'iritis et de la congestion choroïdienne dans l'autre œil. Obligé de pratiquer l'excision d'un œil ainsi frappé, à cause des douleurs persistantes qu'il provoquait dans son congénère, M. Stœber y trouva un fragment de fer volumineux. (*Gaz. de Strasb.*, nov.)

Diplopie monoculaire. Elle peut être le signe d'une affection cérébrale, ainsi qu'en témoignent de nouvelles observations de M. Galezowski. Voy. DIPLOPIE.

Emploi de l'atropine. Au lieu des instillations répétées de la solution d'atropine, M. Homberger recommande son application en substance. L'atropine à l'état solide s'attache aisément à l'extrémité d'une sonde d'argent, et une petite parcelle peut ainsi en être déposée à l'intérieur de la paupière inférieure. L'alcaloïde est bientôt dissous dans les larmes, et n'y excite aucune irritation. Deux applications par jour paraissent produire autant d'effet que vingt instillations. Dans l'iritis, il introduit la quarantième partie d'un grain d'atropine en substance dans le sac conjonctival inférieur (*Amer. Journ. of ophthalmology*). Voy. FÈVE DE CALABAR.

Synéchies. Un instrument propre à les détruire, le *synéchotome*, imaginé par M. Desmarres fils, se compose d'une tige plate, fixe, mousse et arrondie à son extrémité ; à un millimètre en deçà existe sur l'un des bords une échancrure regardant le manche. Une seconde tige, rendue mobile par une pédale et terminée par un tranchant oblique, recouvre dans sa course cette échancrure. Introduit entre l'iris et le cristallin, cet instrument retient les synéchies dans son échancrure, et la lame vient les diviser en appuyant simplement sur la pédale. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Ophthalmie sympathique. Toutes les fois qu'un œil est le siége d'une inflammation chronique, dit M. Wecker, quelle qu'en soit la cause, si ses fonctions sont perdues, il est utile d'en pratiquer l'*énucléation*. On peut ainsi mettre un terme à des souffrances plus ou moins vives, et, ce qui est plus important, prévenir une influence sympathique fâcheuse sur l'œil congénère.

Cette opération n'est que très-rarement suivie d'accidents, et bien moins grave que l'*extirpation*, elle permet l'application d'yeux artificiels jouissant d'une certaine mobilité, et, grâce aux tiraillements que la conjonctive bullaire transmet à celle du cul-de-sac et des tarses contre lesquels l'émail s'applique, elle suit en partie l'œil sain dans les mouvements qu'il exécute. Cette énucléation doit avoir lieu de bonne heure, si l'on veut se mettre à l'abri des inflammations sympathiques funestes.

M. Le Fort n'accepte pas cette règle. L'opération est sérieuse, comme toutes les opérations sanglantes, par les suites qu'elle peut avoir, et fait courir au malade des dangers certains pour un bénéfice aléatoire, puisque rien ne prouve que cette inflammation sympathique, rare d'ailleurs, surviendra. Il pratique l'énucléation dans les cas de corps étrangers; mais dans toutes les circonstances où cela est possible, il préfère l'excision de la cornée, qui laisse un moignon mobile plus favorable à l'application d'un œil artificiel. (*Soc. méd. de l'Elysee* et *Union méd.*, nº 152, 1864.)

En Angleterre, où cette énucléation est fréquemment pratiquée, c'est surtout lorsque les fonctions de l'œil voisin s'altèrent sous l'influence de la désorganisation traumatique de son congénère. Le docteur Volfe, d'Aberdeen, a présenté un cas de ce genre à la Société de chirurgie, où le succès a été complet.

Un mémoire sur ce sujet, de M. le docteur Rheindorf de Neuss, province rhénane, envoyé au concours de la Société centrale de médecine du Nord, a été couronné cette année. La question était posée en ces termes :

De l'ophthalmie sympathique, tant spontanée que traumatique, et de son traitement.

Examiner jusqu'à quel point l'excision de l'œil, le premier affecté et déjà détruit; peut influer d'une manière favorable sur l'état du second, d'après des observations propres et des tableaux statistiques raisonnés, avec l'indication de leur source.

Une exposition critique, fidèle et exacte de tout ce que la science possède sur ce sujet difficile et peu connu, suivi d'un tableau de 75 observations, a mérité cette distinction. (*Bull. méd. du Nord*, septembre.) C'est donc là une source précieuse à consulter.

Ophthalmie phlycténulaire. Sa liaison extrêmement fréquente avec la diathèse strumeuse, la violence et le caractère paroxystique de la photophobie qu'elle présente et le développement de phlycténules sur la conjonctive ou la cornée, conduit M. Fonssagrives à la considérer comme une névralgie de l'appareil nerveux ciliaire. Ainsi s'explique l'action nocive de la lumière par les mouvements oscillatoires de l'iris qu'elle détermine. Ce mouvement réveille ou exaspère l'acuité du mal comme la marche le fait des douleurs sciatiques, la mastication celles du trifacial. La photophobie qui est ici le symptôme dominant et primitif, contrairement aux autres ophthalmies où elle existe, est surtout la raison principale pour lui attribuer ce caractère. Le développement des phlycténules, consécutivement à une névralgie paroxystique, établit aussi une certaine analogie avec le zona et confirme ainsi la nature essentielle de cette affection. Mais le succès du sulfate de quinine en est la démonstration péremptoire, bien que la plupart des ophthalmologistes qui l'ont employé et en ont constaté les effets curatifs ne l'aient considéré que comme un modificateur de l'organisme, Mackensie entre autres, et non comme un antipériodique. A M. Fonssagrives revient l'honneur de l'avoir considéré et administré comme tel, c'est-à-dire à haute dose, $0^{gr},80$ à 1 gramme, dans l'intervalle des paroxysmes.

Quelle que soit son action, il enraye complétement la douleur et en diminue tellement la violence que son utilité ne saurait être mise en doute; ce qui n'exclut aucun des sédatifs et antiphlogistiques locaux ni les moyens diathésiques généraux dont il seconde et développe l'action. Son efficacité est la plus évidente dans l'ophthalmie phlycténulaire des enfants strumeux que tous les stupéfiants locaux ne sauraient contre-balancer. (*Bull. de thérap.*, janvier.)

Ophthalmie strumeuse. Dans la forme caractérisée par l'impossibilité de tenir les paupières écartées, M. Johnson admet que ce défaut de contraction de l'orbiculaire résulte de l'hyper-

esthésie de la rétine ou de la branche ophthalmique de la cinquième paire. L'hyperesthésie des rameaux nerveux de la conjonctive, des glandes lacrymales et de la pituitaire provoquant la fermeture de l'œil, les larmes et l'éternument. L'inflammation de la conjonctive et de la cornée peut la compliquer au même titre. Il propose contre cet état spasmodique les onctions avec la belladone ou les autres solanées. (*Lancet*, nov.)

Kératite vasculaire. *Inoculation purulente.* Une pauvre fille irlandaise, de quinze ans, réduite au plus triste état de santé par une kératite vasculaire et une blépharite granuleuse qu'elle avait depuis neuf ans, et rebelle aux traitements les plus divers, entra au *Metropolitan free Hospital.* La cornée étant complétement recouverte de vaisseaux, et ce fait étant considéré par M. Hutchinson comme le plus favorable au succès de l'inoculation, il pratiqua la résection de ces vaisseaux en excisant une portion de la conjonctive de chaque côté de la cornée. Six semaines après, aucune amélioration ne se manifestant, il inocula aux deux yeux l'écoulement d'un enfant atteint d'ophthalmie purulente, imitant en cela M. Van Roosbroeck, de Gand, qui inocule le pus blennorrhagique. Une violente inflammation en résulta et suivit son cours, des ablutions d'eau étant simplement pratiquées pour la combattre, remplacées huit jours après par un collyre aluminé. Trois mois après son entrée, cette fille quittait l'hôpital parfaitement guérie. Depuis un an, la guérison s'est maintenue et assurée, pour ainsi dire, les deux cornées n'ayant qu'un brouillard insensible et qui n'empêche pas la jeune fille d'y voir clair. Aucune vascularité ne s'observe, ni granulations aux paupières. La guérison est donc complète. (*Med. Times*, juin.)

Kyste ciliaire de l'iris. Voy. Kystes.

Blépharo-phimosis. Quand la conjonctive du cul-de-sac est atrophiée ou que le phimosis est accompagné de symblépharon qui le complique fréquemment au dernier stade, dit M. Hamer in *Nederlansch. Archief*, il est difficile d'amener au dehors une portion suffisante de la conjonctive, surtout lorsqu'elle est divisée, à cause de la faible distance de l'angle externe des paupières au bulbe oculaire ou du peu de mobilité de la rétine. Sur 22 cas de ce genre constatés par lui à l'Institu

ophthalmique de Veenhuizen sur 188 yeux affectés de trachome au troisième degré, l'opération n'a réussi qu'une seule fois. C'est ainsi qu'il l'a modifiée comme il suit.

On fait pénétrer l'une des branches de ciseaux à extrémités pointues entre la peau et la conjonctive à l'angle externe de l'œil au point où la muqueuse se transforme en peau en les fermant. On divise celle-ci dans une étendue de 8 à 10 millimètres vers la tempe. Les paupières renversées, on détache avec ces ciseaux la conjonctive en haut et en bas dans une étendue de 8 à 9 millimètres le long du bord ciliaire postérieur de chaque paupière.

La conjonctive saisie avec des pinces et disséquée sur toute son étendue de la région la plus externe, on en obtient un lambeau triangulaire. Agrandissant alors la plaie de l'angle externe avec le bistouri qui divise les fibres de l'orbiculaire, et souvent même les artères palpébrales externes, ce lambeau triangulaire est facilement amené au dehors, grâce à ses dimensions et fixé par trois points de suture dans le petit angle palpébral agrandi.

Appliqué dans 18 cas avec la précaution de tordre les artères divisées au besoin, et de ne pas placer les sutures trop près du bord conjonctival, ce procédé a parfaitement réussi. M. Snellen lui a reconnu l'avantage de donner des mouvements plus étendus de l'œil et de diminuer notablement la pression des paupières. La récidive est aussi moins à craindre par le faible tiraillement de la conjonctive (*Ann. d'oculist.*, mars et avril.)

Traité pratique des maladies de l'œil, par W. Mackensie. Quatrième édition, traduite de l'anglais et augmentée de notes, par MM. les docteurs E. Warlomont et A. Testelin, t. III, contenant l'exposé de toutes les découvertes et de tous les faits intéressants relatifs à l'ophthalmologie qui se sont produits depuis 1857. Premier fascicule : 1 vol. grand in-8, avec figures, contenant : 1° un Précis de la réfraction et de l'accommodation de l'œil et de leurs anomalies, par Giraud-Teulon; 2° les annotations aux chapitres I et VIII.

Le second fascicule contiendra les annotations aux chapitres VIII et XXVIII. (Maladies des muscles de l'œil, cataracte, iridectomie, glaucome, ophthalmoscopie, etc.)

Manuale di oculistica pratica, traduction en italien sur la deuxième édition allemande de l'ouvrage de Stellwag von Carion, par le professeur Quaglino, de Milan.

The optical defects of the eye and their consequences Asthenopia and Strasbismos (Des défauts optiques de l'œil et leurs conséquences, l'asthénopie et le strabisme), par Zach. Lawrence, rédacteur en chef de l'*Ophthalmic Review*, de Londres. Monographie grand in-8 de 112 pages avec planches.

Exposé concis et lucide de tous les nouveaux phénomènes, objet des recherches de l'ophthalmologie actuelle. Il traite successivement de l'optique physiologique et pathologique, de la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme, la presbytie, la paralysie d'accommodation, l'asthénopie et des rapports du strabisme convergent avec l'hypermétropie. Des observations originales et des planches rendent ce travail complet et en facilitent les descriptions souvent trop techniques. On y trouve les planches des nouveaux instruments de précision ophthalmologiques dus à l'auteur.

OPHTHALMOSCOPIE. M. Bouchut et, à son exemple, quelques autres praticiens, ont étendu l'usage de l'ophthalmoscope à l'étude du diagnostic des affections de l'encéphale. Il continue à donner des résultats satisfaisants et a servi ainsi à diagnostiquer un ramollissement cérébral aigu et l'hydrocéphalie chronique, dans des cas, où sans ce moyen, il eût été difficile de se prononcer. Voy. Méningite, Ramollissement.

De nouveaux perfectionnements ingénieux ont été apportés par M. Lawrence à divers instruments ophthalmoscopiques pour en augmenter la précision. Tels sont le *strabismomètre*, mesurant la déviation linéaire de l'œil affecté de strabisme et fondé sur le procédé à l'encre de M. de Græfe; le *coréomètre*, rappelant par la forme le séculaire instrument à coulisse des cordonniers pour prendre la mesure du pied et qui mesure le diamètre de la pupille; un autre instrument pour mesurer l'axe de l'astigmatisme; le *ménisque*, destiné à remplacer l'ophthalmoscope, et dont la simplicité est très-digne d'attention. C'est la réunion du miroir réflecteur et de l'objectif de l'ophthalmoscope en un seul instrument, une lentille convexe de 2 à 3 pouces de foyer et une autre concave de 8 à 10 pouces étant tenues en parfait contact, celle-ci dirigée vers l'œil observé, donnent un beau tableau renversé des membranes profondes. (*The ophthalmic Review*, juillet 1864, et *Ann. d'oculistique*, janvier.)

Spéculum oculaire. Frappé des désavantages de l'ophthal-

mostat ou écarteur des paupières inventé pour la strabotomie, le même ophthalmologiste l'a perfectionné en en rendant les valves pleines au lieu d'être ouvertes, et en leur donnant la longueur des paupières et la courbure voulue, de manière qu'elles embrassent pour ainsi dire les deux paupières exactement, sans que l'action spasmodique des muscles puisse s'exercer ni gêner l'opération.

A l'aide du demi-cercle dans lequel on place la tête pour remplacer les deux mains qui la fixent dans les opérations sur les yeux, et qui se fixe solidement à une colonne par deux branches mobiles placées en arrière, et des écrous placés à leurs extrémités, le chirurgien oculiste peut ainsi exécuter, seul et sans aides, les opérations les plus délicates. (*Med. Times*, p. 142 et 647.)

Ophthalmoscope portatif. M. le docteur Monnoyer en a fait construire un par MM. Nachet, n'ayant que 7 centimètres 1/2 de long, sur 4 de large et 2 d'épaisseur. Son poids est de 46 grammes. Il se compose d'une lentille objective convexe de 2 p. 1/2 de longueur focale, et d'un miroir concave de verre argenté qui en a 6 1/2 avec un cercle libre de 3 millimètres au centre pour le passage des rayons lumineux et d'une série de trois lentilles oculaires, une concave et deux convexes de 8 millimètres de diamètre, enchâssées l'une à côté de l'autre dans un disque circulaire de 34 centimètres de diamètre comme le miroir et la lentille. Ces trois pièces, d'une même longueur, sont portées à l'aide d'un prolongement sur un pivot commun autour duquel se meuvent séparément et sont protégés par une double châsse de buffle, et qui remplit le rôle de manche lorsque l'instrument est déployé, ouvert et qu'il s'agit de s'en servir. (*Ann. d'oculistique*, décembre 1864.)

Ophthalmoscope de M. Galezowski. Il se distingue par la fixation de la lentille à l'intérieur du tube de manière qu'il n'y a pas lieu de la changer, de l'éloigner ou de la rapprocher à volonté; l'auteur ayant démontré, contrairement à l'opinion générale, que la distance varie si peu pour les yeux myopes ou presbytes, qu'il n'y a point à s'en occuper. Il se termine par un tube qui enveloppe presque complétement l'œil examiné et tient lieu de chambre noire. Léger et portatif, il peut ainsi être employé dans une chambre claire et dans le lit, comme le spéculum, le stéthoscope, le plessimètre, aussi bien en ville qu'a

l'hôpital. Tels en sont les avantages. (*Acad. de méd.*, 24 avril.)

Un nouvel ophthalmoscope propre à photographier le fond de l'œil et dont M. Giraud-Teulon a donné la description et les planches (*Ann. d'oculist.*, mars et avril), a aussi été imaginé par le docteur Rosebrugh, du Canada. Mais les essais n'ont encore réussi que pour la photographie du fond de l'œil du chat ; la réflexion cornéale de la lumière chez l'homme noie tellement tous les détails, qu'il a été impossible d'obtenir jusqu'ici une image nette du fond de l'œil sur le verre dépoli de la chambre obscure.

Etude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique, et les maladies cérébrales dont elles dépendent, par le docteur Galezowski. Un vol. grand in-8°, avec une planche en chromo-lithographie et figures dans le texte.

Manuel d'ophthalmoscopie, par M. le docteur G. Sous, professeur de clinique ophthalmologique, médecin oculiste des bureaux de charité de Bordeaux. Un vol. in-8° de 136 pages, avec deux planches en chromo-lithographie et trois figures intercalées dans le texte. Germer-Baillière.

Ouvrage tout élémentaire des affections oculaires, spécialement au point de vue de l'usage de l'ophthalmoscope avec l'indication des signes qu'il fournit. L'absence de détails ne le rend guère utile qu'aux commençants.

Leçons d'ophthalmoscopie, du professeur Schweigger, de l'Université de Berlin, traduites par le docteur Herschell. Un vol. in-8° de 150 pages, avec trois planches et des figures intercalées dans le texte. Germer-Baillière.

Après la description de l'instrument et les indications pour s'en servir, où se trouvent les lésions des milieux réfringents, puis celles des parties profondes, un chapitre est aussi consacré au diagnostic de la réfraction. Aujourd'hui, que l'examen ophthalmoscopique est devenu indispensable pour l'étude des affections oculaires, ces leçons faites à la clinique de M. de Græfe, par un professeur autorisé, serviront utilement à guider les praticiens à cet effet.

ORCHITE. Aiguë ou chronique, cette affection est commune chez les enfants, même très-jeunes, suivant M. Fleming, chirurgien de l'hôpital Richmond de Dublin. Il l'attribue le plus souvent à une altération de l'urine, excès d'acide urique, surtout dans la forme aiguë et s'accompagnant d'un certain degré

d'irritation des voies urinaires comme il en rapporte un exemple. De petits grains de sable blanchâtre et même de petites concrétions calculeuses, s'engageant dans l'uretère ou dans l'urèthre, expliqueraient d'après lui, outre l'affection testiculaire, les douleurs abdominales sous forme de tranchées, les nausées et les vomissements qui accompagnent ces orchites.

Un remède simple et supérieur à tous les moyens indiqués serait employé avec grand succès au Brésil, selon le docteur Betoldi contre l'orchite blennorhagique, très-fréquente parmi les esclaves atteints de blennorrhée, par suite de leur immersion dans l'eau pour traverser des rivières à gué ou par la nature de leurs travaux; elle céderait très-rapidement à l'usage de la poudre suivante :

℞ Sulfate de potasse.	30 grammes.
Sucre.	125	—

Mêlez.

Divisez en 12 paquets.

A prendre un toutes les six heures dans une tasse d'eau chaude. Voy. Hydrocèle.

OREILLE. Si l'on applique une montre sur les parois du crâne au voisinage de l'oreille chez une personne en santé, dit M. Philipeaux, le bruit en est perçu distinctement lors même que le conduit auditif est obturé au point d'empêcher l'audition à une distance très rapprochée; nouvelle confirmation du procédé analogue employé par M. Bonnafont pour constater le degré de surdité. La même expérience, faite chez un malade atteint de congestion ou de ramollissement de la base du cerveau, reste négative comme dans la surdité incurable, causée par une lésion de l'oreille interne. De là un nouveau signe diagnostique et la preuve développée par l'auteur, d'une étroite connexion entre l'oreille interne et la base du cerveau. (*Soc. de méd. de Lyon.*)

Extraction des corps étrangers. Ayant vu mourir un enfant de méningite par propagation due à la présence d'un fragment de gravier dans le conduit auditif, M. Bergeret d'Arbois, pour éviter les mêmes conséquences dans un cas où un noyau ne pouvait être retiré avec les pinces ordinaires, fit fabriquer un forceps en miniature dont les cuillers n'offrent qu'une seule

courbure dans le sens horizontal, comme le léniceps de M. Matteï. En les introduisant l'une après l'autre et les articulant ensuite, il put extraire facilement et sûrement le corps étranger (*Bull. de la Soc. méd. de Besançon*). Cet instrument peut donc rendre de vrais services et mérite de trouver place dans la trousse du praticien.

OSTÉOGÉNIE. On sait depuis les expériences de Troja que, lorsqu'on détruit la membrane médullaire d'un os, l'os tombe aussitôt en nécrose, et que le périoste se détache de l'os nécrosé; mais ce que l'on ne sait pas, dit M. Flourens, c'est qu'à mesure que la membrane médullaire dépérit, le périoste, détaché de l'os nécrosé, s'épaissit, se gonfle, entre en turgescence et produit de l'os nouveau.

Le périoste en état de turgescence est le périoste en voie de production. C'est l'histoire des deux *radius* de bouc déposés sur le bureau de l'Académie. La membrane médullaire en a été détruite, le *radius* est tombé en nécrose, le périoste s'en est détaché, et, chose merveilleuse, il a reproduit un *radius* nouveau.

Ce *radius* nouveau est absolument semblable à l'ancien; il est seulement plus gros.

On a ouvert longitudinalement les *radius* nouveaux, et, dans l'intérieur de chacun d'eux, on a trouvé le *radius* ancien contenu et en partie résorbé par une membrane médullaire nouvelle.

La membrane médullaire se reproduit, en effet, tout comme l'os, et ceci va me donner l'occasion d'examiner sous un nouveau jour une question d'anatomie fine.

Dans ce qu'on nomme la *moelle des os*, y a-t-il une membrane? Ruysch l'a nié, et tous les anatomistes, à son exemple, la nient aujourd'hui.

Cependant, on voit ici qu'au moment de sa renaissance la membrane médullaire offre une structure fort apparente, ou du moins une surface tour à tour creuse et mamelonnée, à chaque creux de l'os répondant un mamelon de la membrane médullaire.

La membrane médullaire est essentiellement, sous le rapport physiologique, l'organe de résorption de l'os. (*Académie des sciences*, mars.)

OSTÉOMALACIE. Certaines affections diathésiques exercent une influence marquée sur la consistance du squelette, et

se traduisent par des déformations plus ou moins prononcées dans la continuité des os, résultant d'un ramollissement du tissu osseux.

Quelle que soit leur cause primitive, ces déformations offrent plusieurs traits de ressemblance, qui les font souvent confondre. Frappé des graves inconvénients qu'entraînent ces erreurs de diagnostic, M. Kuhn, dans un travail étendu, présenté à la Société de médecine de la Seine, a cherché à faire ressortir et à mieux fixer qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les caractères propres, essentiels des différentes espèces de ramollissement des os.

Il réunit ainsi sous le titre générique d'ostéomalacie, suivant la cause spéciale qui le détermine, sept espèces de ramollissement des os, à savoir : l'ostéomalacie infantile ou rachitique, l'ostéomalacie proprement dite ou rachitisme de l'adulte, l'ostéomalacie scorbutique, l'ostéomalacie syphilitique ou mercurielle, l'ostéomalacie arthritique ou goutteuse, l'ostéomalacie scrofulo-tuberculeuse et l'ostéomalacie cancéreuse.

Tout en reconnaissant que chacune de ces causes affecte le tissu osseux d'une façon spéciale comme elle, l'auteur évite d'en énumérer les caractères histologiques différentiels, ce qui eût peut-être modifié ses vues pathogéniques. Il se borne à en indiquer les différences extérieures, apparentes. Ainsi, l'une envahit spécialement la trame organique, l'autre s'attaque à l'élément calcaire; celle-ci s'en prend aux deux éléments à la fois, celle-là surtout aux extrémités articulaires, etc., sans compter que la manière dont chacune de ces causes procède dans tel ou tel élément de l'os est encore essentiellement variable. Ici ce sera un simple défaut d'équilibre entre les fonctions assimilatrice et désassimilatrice du tissu osseux, d'où la diminution graduelle de l'un des deux éléments par rapport à l'autre; la cause de cette désharmonie cessant, l'os se reforme dans des conditions presque normales (comme dans le rachitisme, dans l'ostéomalacie essentielle et probablement aussi dans le ramollissement scorbutique); ailleurs, c'est une transformation lente et graduelle des deux éléments en matière grasse (comme dans la goutte); ou bien, enfin, une disparition graduelle des deux éléments devant des corps étrangers organisés, n'ayant aucune analogie avec les tissus normaux de l'organisme (ostéomalacie tuberculeuse et cancéreuse).

Ces caractères ne sauraient suffire en présence des différences

anatomiques fondamentales entre les deux espèces les plus souvent rapprochées et même confondues : le rachitisme et l'ostéomalacie, et que Virchow a exposées mieux que personne avant lui. « Dans son état final, » dit-il, « c'est-à-dire cette période » ultime, appelée *consomption rachitique* par M. Guérin, l'os » malacique peut avoir plusieurs points de ressemblance avec » l'os rachitique ; il n'y en a aucun quant au mode de développe» ment. En effet, dans l'ostéomalacie, il y a une véritable ré» sorption des parties compactes qui deviennent molles ; un os » complétement formé se transforme en moelle gélatiniforme, » tandis que dans le rachitisme, rien n'est de fait résorbé ; ce » qui est mou ne se solidifie pas, les couches de nouvelle for» mation sont dépourvues de sels calcaires, tandis que celles » qui en sont déjà incrustées persistent à l'état solide.

» Où peut-on trouver ici une ressemblance anatomique? » Dans l'ostéomalacie, c'est l'os véritable qui se modifie ; dans » le rachitisme, c'est le cartilage et le périoste qui sont plus » spécialement malades, tandis que ces tissus ne participent en » rien à la malacie. Dans cette dernière maladie, il y a usure, » atrophie, dégénérescence et métamorphoses régressives ; dans » le rachitisme, il y a nouvelle formation, multiplication, méta» morphose progressive, mais qui ne dépasse pas certaines » limites. »

Si donc, en apparence, cette réunion, ce rapprochement de M. Kuhn sous un titre commun d'affections offrant une altération des os comme point de ressemblance, a un avantage nosologique, au fond, on le voit, l'assimilation en est forcée, car, si les différences sont si tranchées entre les deux espèces qui se rapprochent davantage, que doit-il être des autres, dont la lésion anatomique est moins bien connue à cause de leur rareté, mais dont la symptomatologie, la marche, la gravité, le traitement, tout diffère? La cause spéciale qui les produit surtout, scrofule, syphilis ou cancer, n'amène-t-elle pas une altération distincte? C'est ce qu'a très-bien fait remarquer M. Lagneau, séance tenante, quant à la syphilis, et ce qu'a fait M. Vallin pour les autres espèces, avec autant de savoir que de talent (*Gaz. heb.*, n[os] 1 et 2). Ce sont là pour lui autant d'ostéo-poroses simples, c'est-à-dire la transformation du tissu compacte en substance graisseuse par une cause anatomique différente. Le rapprochement en est donc aussi peu fondé que celui de l'anévrysme, du lipome et du cancer sous le titre générique de tumeur.

M. Schutzenberger a aussi très-bien montré ces différences anatomiques de l'ostéomalacie et du rachitisme à l'occasion d'un malade mort dans sa clinique. Le seul point qui existe entre les deux maladies, c'est que, dans l'une et l'autre, il y a absence de principes calcaires et ramollissement. Ce trouble de nutrition est évidemment sous l'influence d'un état général, d'une dyscrasie, d'une diathèse, si l'on veut; mais affirmer que cette dyscrasie est la même dans les deux cas, et l'appeler dyscrasie rachitique, dit-il, c'est une assertion purement gratuite; c'est quitter le domaine de l'observation positive pour s'engager dans une voie funeste, la voie de l'hypothèse et de l'arbitraire, qui a déjà conduit à ne voir dans le rachitis que la scrofule des os jeunes. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, janvier.)

Il n'en saurait être de même des autres espèces, et M. Kuhn les distingue suivant leur cause. Pourtant, en admettant quatre périodes pour le rachitisme et l'ostéomalacie essentielle, savoir : période prodromique ou gastro-intestinale, période de ramollissement ou de déformation, période de réparation et période de consolidation, il admet quelque chose d'analogue pour l'ostéomalacie syphilitique, dans laquelle il a également constaté, sur des pièces du musée de Clamart, les lésions correspondantes aux deuxième, troisième et quatrième périodes du rachitisme.

Quant au diagnostic différentiel, l'ostéomalacie essentielle, qui offre à ses débuts une grande analogie avec certains accidents de la goutte, s'en distingue essentiellement dès l'abord :

1° Par des douleurs dans un point quelconque de la région pelvi-sacrée ou de la partie supérieure des fémurs, tandis que les débuts de la goutte se font ordinairement sentir dans les petites articulations éloignées du centre, et notamment aux pieds.

2° Par sa marche franchement continue ou simplement rémittente, sans attaques ou accès séparés par des retours à l'état normal ; tandis que la goutte, dans sa première période, se montre toujours par attaques séparées par des intervalles de retour à l'état sain des articulations ou des points du squelette primitivement atteints.

3° Par sa marche régulièrement progressive qui, de la région pelvi-sacrée ou pelvi-fémorale, qui est en quelque façon le quartier général de l'ostéomalacie essentielle, s'étend de là de proche en proche aux autres points du squelette ; quand une fois elle a envahi un point, elle y reste à demeure jusqu'à ce qu'elle ait épuisé son action, et la cessation des douleurs coïncide habi-

tuellement avec la déformation ostéomalacique de cette partie ; mais, quand une fois la douleur a disparu dans un point, elle n'y reparaît plus.

Elle procède avec symétrie, c'est-à-dire que l'envahissement d'une région est accompagné, ou immédiatement précédé ou suivi de l'envahissement de la partie similaire.

La goutte au contraire procède par bonds irréguliers, de droite à gauche, de haut en bas, ou *vice versa*, et sans la moindre symétrie. Dans la première période de la goutte, l'articulation atteinte rentre après l'attaque dans les conditions normales, et cela souvent en moins de vingt-quatre heures ; mais lorsqu'une articulation a été atteinte une première fois, elle est très susceptible de revenir plus tard le siége des mêmes accidents.

Quant au traitement, les moyens pharmaceutiques les plus divers n'ont paru exercer aucune influence appréciable sur la marche et les progrès de l'ostéomalacie. L'hygiène seule peut avoir quelque action dans les deux premières périodes. M. Kuhn pense qu'on pourrait recourir avec avantage à l'emploi des bains excitants, de l'hydrothérapie, des frictions stimulantes, de l'électricité etc., associés à une hygiène convenable.

Les ramollissements osseux, syphilitiques, goutteux et cancéreux ne sauraient être traités autrement que par les moyens appropriés aux périodes invétérées des diathèses correspondantes. (*Revue méd.*, 1864 et 1865.)

OTOSCOPE. Pour mieux étudier les lésions du conduit auditif, notamment de la membrane du tympan, M. Garrigou-Desarènes a fait construire un réflecteur parabolique dont les rayons réfléchis sont rigoureusement parallèles et qui, concentrés sur la membrane au moyen d'une lentille convergente, teinte en vert, pour avoir une lumière moins rouge, viennent l'éclairer comme le plus beau rayon solaire. Appliqué chez cinq malades à l'hôpital de la Charité, cet instrument a permis aux élèves de voir très-distinctement plusieurs lésions de la membrane du tympan. (*Gaz. des hôp.*, n° 135.)

Cathétérisme de la trompe d'Eustache. Voici la modification opératoire employée par M. Garrigou-Desarènes. La sonde étant saisie, la convexité tournée en haut, il l'engage sur le plancher de la fosse nasale du côté malade, et après lui en avoir fait parcourir l'étendue avec légèreté, dès qu'il sent que le bec

abandonne la cloison, il fait décrire un demi-cercle en dehors à l'instrument. L'ouverture de la trompe à la paroi externe, correspondant, à 1 ou 2 millimètres près en arrière, à cette partie postérieure de la cloison, la sonde s'y engage tout naturellement. Cette méthode, simple et facile, ne fatigue nullement le malade, surtout en se servant des sondes particulières de l'auteur. (*Idem.*)

OURANOPLASTIE. En persistant à nier d'une manière absolue la reproduction de l'os par le périoste déplacé, transplanté, M. Sédillot ne voit que des résultats très-contestables dans les succès annoncés d'occlusion osseuse, des fissures congénitales de la voûte palatine par des lambeaux périostés, empruntés aux os palatins. Tels sont ceux du professseur Langenbeck, auteur de cette méthode. L'unique reproduction osseuse incontestable, survenue sur un jeune chien dès le vingt-huitième jour, ne lui semble pas concluante et il trouve ce résultat en contradiction avec le long temps annoncé pour cette reproduction. Ses deux opérés ne présentaient que des lambeaux souples et non ossifiés après un an. De même des faits de MM. Herrgott, Ehrmann, de Mulhouse, et Billroth, de Zurich.

La cause de cette non-ossification des lambeaux périostés du palais est leur exposition au contact de l'air et des mucosités du côté où les cellules ostéogènes sont le plus multipliées. La suppuration s'en empare ainsi inévitablement et constitue un obstacle des plus considérables à la régénération osseuse. Le mouvement imprimé aux lambeaux par le passage de l'air, par la parole et la mastication, est un autre empêchement grave. C'est comme les fractures mal contenues et exposées à une incessante mobilité. Au lieu d'un cal, on a du tissu fibreux. Un troisième obstacle est le changement complet de rapports de la lame osseuse. Au lieu de la surface qu'il occupait normalement, le nouvel os doit apparaître entre une surface inodulaire nasale, plus ou moins revêtue d'un épithélium muqueux et la surface opposée du périoste décollé. La lame osseuse, normalement extérieure au périoste palatin lui devient intérieure. Toutes causes qui doivent s'opposer à cette régénération.

Si par exception elle s'est produite et se produisait à l'avenir, il faut l'attribuer à la proligération des cellules plasmatiques environnantes, fournies par le périoste resté adhérent et intact, et s'étendant sous forme de ramifications plus ou moins prolongées

à la surface et dans l'épaisseur des parties voisines comme on en observe entre les os fracturés non réduits, et entre les extrémités des diaphyses écartées par la formation et l'élimination d'un séquestre, mais sans rapports avec le périoste. La méthode d'ostéoplastie par déplacement du périoste est ainsi condamnée suivant le célèbre professeur. (*Soc. de chirurgie*, février.)

OVARIOTOMIE. Six nouvelles opérations faites de 1864 à 1865, par M. Kœberlé, ont donné quatre succès, soit les deux tiers. Preuve que ce n'est pas là simplement une série heureuse, car sur un total de dix-huit cas, il y a treize guérisons. Des deux nouveaux insuccès, la mort est résultée une fois de septicémie par suite d'une ligature perdue des deux ovaires ; dans l'autre, un œdème considérable des parois abdominales en a été la cause occasionnelle. (*Acad. des sc.* et *Union méd.* n° 106.)

Sur une fille aliénée de l'Asile de Montpellier, âgée de quarante ans, atteinte depuis près de vingt ans d'un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, n'ayant jamais été ponctionné, M. Courty l'ayant opéré le 25 juillet, la guérison était complète le 20 août, malgré un accès de manie furieuse survenu intercurremment.

Je puis dire, ajoute M. Courty, que jusqu'ici mes propres observations et quelques autres dont j'ai eu connaissance, semblent démontrer que, dans le midi de la France comme en Angleterre et à Strasbourg, l'ovariotomie réussit deux fois sur trois lorsqu'on ne choisit pas les cas, et trois fois sur quatre lorsqu'on peut les choisir. (*Acad. des Sc.*, septembre, et *Montp. méd.*, novembre.)

A Dijon, sur deux cas, M. Brulet, chirurgien de l'hôpital, a obtenu un succès et un revers.

Chez une mère de famille, âgée de cinquante-trois ans, dont l'abondance de la sécrétion du kyste était telle qu'elle s'élevait à plus d'un litre par jour, et chez laquelle neuf ponctions consécutives, pratiquées du 23 avril 1860 au 19 octobre 1864, ont donné 153 litres de liquide séreux d'abord, filant ensuite, M. Berrut n'hésita pas, quoique la malade fût dans le dernier degré d'épuisement, de recourir à l'ovariotomie. Il l'a pratiquée le 29 octobre, sans chloroformisation, et un succès complet couronna sa hardiesse. Voici les conclusions qui résultent de ce fait remarquable communiqué à l'Académie, le 9 mai.

1° Un kyste à parois minces, à liquide séreux, uniloculaire, peut se transformer en un kyste à parois epaisses, à liquide filant et (comme le démontre la pièce pathologique) multiloculaire ;

2° Si la nature séreuse ou filante du liquide n'indique qu'une différence d'âge dans le kyste, il y a lieu de diminuer la distance qu'on a établie, au point de vue du pronostic, entre les kystes séreux et les kystes à liquide filant ;

3° La reproduction du liquide, lente tant qu'il a été séreux, est devenue très-rapide dès qu'il a été filant ;

4° Que l'ovariotomie est la seule ressource de guérison en présence de ces abondantes déperditions qui épuisent les sources de la vie ;

5° Qu'en attendant que des observations ultérieures aient permis de déterminer à quel moment plus prochain le chirurgien peut être autorisé à entreprendre l'ovariotomie, il demeure acquis qu'une extrême faiblesse n'empêche pas le succès de l'opération ni le rétablissement le plus complet de la malade ;

6° Enfin, que si le chirurgien *peut être autorisé* à pratiquer l'ovariotomie de meilleure heure, *il est de son devoir* d'y recourir comme ressource ultime. (*Union méd.*, n° 58.)

Un succès en a aussi été obtenu par M. Péan, sur une dame italienne de trente ans, mère de cinq enfants. Le kyste était multiloculaire et pesait 10 kilogrammes. De nombreuses adhérences de l'épiploon avec la tumeur, et de la tumeur avec les parois abdominales et les intestins, ont nécessité des excisions et des ligatures.

La suture à anse métallique comprenant le péritoine, faite pour la réunion, s'est partiellement détruite à la suite d'une bronchite et d'efforts de toux considérables. Néanmoins, vingt jours après l'opération, cette femme était levée et guérie. (*Acad. de méd.*, juillet.) C'est peut-être le premier succès obtenu dans la pratique civile à Paris, et encore était-ce à Batignolles.

M. Labbé a également obtenu un beau succès, sur une fille de vingt-neuf ans, entrée à l'hôpital Beaujon, le 15 avril, et opérée dans l'établissement hydrothérapique voisin de M. Emile Duval, le 19 juillet, d'un kyste uniloculaire, à contenu épais, filant, gélatineux, ne pouvant s'écouler par la sonde du trocart. Une incision de la paroi fut nécessaire à cet effet. Le 7 août, la guérison était complète.

Le poids total du kyste, contenant et contenu, était de 21 kilogrammes. (*Acad. de méd.* et *Gaz. hebdom.*, n° 43.)

A l'hôpital de la Pitié, M. Richet l'a pratiquée le 29 avril sur une jeune fille de seize ans, pour un kyste uniloculaire non ponctionné; aucune adhérence n'existait. Neuf litres de liquide furent extraits à l'aide du trocart de Robert, qui, muni d'une espèce de tire-bouchon, s'enfonce dans les parois du kyste et s'adapte exactement à celui-ci, en s'opposant à l'effusion du liquide sur les côtés.

Néanmoins toutes ces conditions favorables n'empêchèrent pas l'opérée de succomber à une péritonite le quatrième jour. (*Union médicale*, n° 104.)

Un nouvel insuccès a été signalé par M. Gayet, à la *Société des sciences médicales de Lyon*, chez une jeune femme de vingt-six ans, offrant, de l'aveu même de l'opérateur, 75 chances sur 100 de guérison, et qui succomba cependant dès le troisième jour, comme la précédente.

Faut-il voir la cause de ces insuccès dans le séjour des opérées à l'hôpital, contrairement à une opinion ci-après signalée? Le fait est, qu'à Lyon même, dans un cas semblable, M. Desgranges ayant placé sa malade dans une habitation convenablement aérée et, située loin de tout foyer nosocomial comme le fit M. Labbé et M. Boinet à Paris, obtint un succès complet. Dès le vingt-huitième jour la malade était guérie.

Sans que ce soit là une statistique complète de cette grave opération en France, en 1865, c'en est assez pour montrer que M. Kœberlé ne reste plus le seul ovariotomiste exceptionnellement heureux dans les départements.

Naturalisée déjà à Zurich par le professeur Breslau, l'ovariotomie a réussi également dans la Suisse française à Vevey, entre les mains du docteur de Montet, sur une jeune fille de vingt-six ans, opérée le 8 décembre 1864, à l'hôpital du Samaritain. Malgré des adhérences très-résistantes et nombreuses et le grand développement de kystes multiloculaires, aucune complication ne vint entraver les suites de l'opération. Les règles apparurent dès le troisième jour, et le vingt-deuxième l'opérée vaquait à ses occupations. (*Gaz. hebdom.*, n° 11.)

Il n'en a pas été de même malheureusement en Italie. Le docteur Peruzzi, de Sinigaglia, l'ayant exécutée pour la première fois, dans le courant de janvier, il rencontra des adhérences très-étendues qui rendirent l'opération laborieuse et la mort s'en suivit. Ce fatal résultat est doublement regrettable pour sa généralisation dans les pays où des préventions exis-

tent contre cette grave opération. Pratiquée pour la deuxième fois à Modène, par le professeur Bezzi, elle a été suivie de guérison. Cette issue heureuse en fait prévoir bien d'autres.

M. Spencer-Wells, l'habile ovariotomiste anglais, n'a pas été aussi heureux à Bruxelles. Invité par M. Deroubaix à pratiquer cette opération à l'hôpital Saint-Jean, sur une femme d'une cinquantaine d'années, il l'exécuta avec son habileté accoutumée, mais le danger, ici, n'est pas tant dans l'opération que dans ses suites. Une péritonite emporta la malade le quatrième jour. On ne peut ainsi plus guère accuser l'inexpérience ni le défaut d'habileté des chirurgiens du continent — M. Kœberlé excepté — des insuccès dont l'ovariotomie est trop souvent suivie entre leurs mains, car voici qu'à Bruxelles, comme à Paris et ailleurs, où des chirurgiens anglais ont été appelés à la pratiquer, elle a été également fatale. Il n'y a donc aucun bénéfice à réclamer leurs soins à l'étranger.

Quoi qu'il en soit, M. Spencer-Wells a présenté, à la *Royal med. and chir. Society*, une nouvelle statistique de 50 cas avec une proportion de 2 guérisons pour 1 décès. Contrairement à l'opinion accréditée, que cette opération réussit mieux en ville, les résultats en ont été plus favorables à l'hôpital comme pour la trachéotomie. Nouvel x à trouver. Si l'hôpital comporte un ensemble de soins qui ne peuvent se rencontrer ailleurs, l'air, l'encombrement et tout ce qui entoure l'opérée est redoutable pour les conséquences de l'opération. Il faudrait donc remonter à l'état social, constitutionnel, des opérées elles-mêmes pour trouver ce secret.

M. Butcher relate aussi les deux premiers cas de cette opération qu'il exécuta, l'un à l'hôpital Mercer de Dublin, au mois de mars, sur une fille de vingt-quatre ans, ayant un énorme kyste biloculaire; l'autre le 20 août, en ville, chez une fille de trente-huit ans, souffrant depuis dix ans d'un kyste uniloculaire. Il obtint deux succès complets, malgré une péritonite limitée dans celui-ci. Il fut ainsi plus heureux que les chirurgiens appelés de Londres à Dublin, pour pratiquer cette opération. (*Dublin quarterly Journ.*, novembre.)

Elle compte aussi plusieurs succès en Australie. Le docteur Tracy, de Melbourne, en a obtenu un second après six ponctions sans qu'il existât d'adhérences. Dans un troisième où 44 ponctions avaient été faites, une hémorrhagie consécutive survint, 40 heures après l'opération, qui détermina la mort. Elle

provenait de petits vaisseaux divisés avec les adhérences qui n'avaient pas donné de sang lors de l'opération et qui n'avaient pu être liés. L'avertissement est bon à recueillir pour éviter pareil danger.

Diagnostic. Une grave erreur a été commise à ce sujet, pour la première fois sans doute, chez une veuve de quarante-neuf ans, admise à l'hôpital Middlesex, salle Prudhoe, le 27 décembre 1864. Des douleurs avaient commencé quatre ans auparavant, coïncidant avec une menstruation irrégulière, cessée depuis deux ans. La malade est pâle, anxieuse, avec des envies continuelles d'uriner sans pouvoir retenir ses urines en marchant. Une tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme, mobile et sans adhérence à la peau, d'une surface irrégulière, élastique, sans fluctuation manifeste, existe dans la région lombaire gauche s'élevant à un pouce et demi de l'ombilic, mate en bas, plus sonore en haut. Elle est le siége de douleurs presque continuelles.

L'examen de l'utérus et des urines n'ayant offert aucune donnée particulière, on diagnostique une tumeur de l'ovaire dont l'extirpation est résolue. A l'ouverture de l'abdomen pratiquée, comme à l'ordinaire, le 13 janvier, une tumeur recouverte du péritoine se présente semblable à un petit kyste de l'ovaire ; mais l'exploration découvre qu'elle est sans pédicule et en dehors du péritoine. Une petite incision de celui-ci montre une masse élastique de couleur noirâtre. Une ponction exploratrice n'en fait sortir qu'une goutte de sang, et c'est seulement alors que l'état normal de l'utérus et des ovaires suggère la véritable nature de la tumeur.

En effet, l'opérée ayant succombé dès le deuxième jour à une péritonite, l'autopsie révéla une tumeur rénittente formée par le rein, s'étendant en bas et en dehors, enveloppée dans le péritoine, formant comme une sorte de mésentère et ballottant ainsi librement en-haut, en bas et en dedans. L'artère rénale, très-allongée, se dirigeait obliquement en bas et en dehors. Le rein était tourné sur lui-même, de manière que le *hile* regardait en arrière et à gauche et son bord convexe en avant. Une section montra la tumeur proprement dite de consistance semblable à la substance cérébrale, d'un gris blanchâtre, sillonnée de grosses ramifications veineuses distinctes du tissu rénal même, quoique enveloppée dans la même capsule fibreuse. C'était, en

un mot, une altération du rein même. Son plus grand diamètre était de 4 pouces et demi, le plus petit de 3 pouces et demi, et sa circonférence de 12 pouces environ. L'urèthre était normal. (*Lancet*, mars.)

Traitement. M. Richardson propose de remplacer l'ovariotomie par le procédé suivant :

1er temps. Ponction de la tumeur avec un trocart construit de manière à permettre de suspendre à volonté l'écoulement du liquide, sans avoir besoin de retirer l'instrument.

2e Après une évacuation suffisante de la tumeur, on fait sur sa base une petite incision qui peut n'être guère plus étendue que celle nécessaire à la ligature de l'iliaque primitive.

3e Arrivé sur le pédicule, on l'atteint avec le doigt et on le traverse d'une aiguille enfilée d'un double fil qui sert à en étreindre les deux moitiés. Cette ligature pourrait être remplacée par un compresseur. On donne ensuite issue au reste du liquide.

4e Les fils coupés, on réunit la plaie, et le kyste privé ainsi de ses éléments de nutrition doit être détruit par absorption. (*British med. Journal*, mars.)

On ne voit que trop que cette conception, toute rationnelle et séduisante qu'elle soit, n'a pas été mise à exécution.

Modification opératoire. Aucun procédé pour assurer l'occlusion du pédicule du kyste n'a définitivement prévalu jusqu'ici. La ligature à l'intérieur avec les fils au dehors, pratiquée tout d'abord comme le plus simple, a été bientôt remplacée par le clamp d'Hutchinson, à cause du temps nécessaire à la chute des fils et qui varie de neuf à dix jours jusqu'à un mois et plus, suivant la grosseur du pédicule, sa consistance et le degré de constriction. Mais la douleur causée par le clamp lui-même, et sa chute spontanée dans plusieurs cas, lui ont fait préférer, par quelques chirurgiens américains, notamment une ligature perdue, dont le docteur Tyler Smith est surtout le partisan. Enfin, l'écraseur a été employé aussi dans quelques cas sans que l'expérience ait encore prononcé. N'ayant obtenu que de mauvais résultats de la ligature perdue, M. Baker-Brown a étendu le procédé du cautère actuel, employé par M. Clay pour réprimer, arrêter les hémorrhagies résultant de la déchirure ou de la section des adhérences, à la section même du pédicule. Il a tenté cette cautérisation avec succès, le 28 décembre dernier, sur

une femme de quarante-sept ans, dont le kyste multiloculai très-volumineux ne remontait pas à plus de six mois. Des a hérences latérales et postérieures ayant nécessité l'emploi cautère rougi à blanc, pour réprimer l'hémorrhagie résulta de leur rupture, le pédicule étant assujetti par le clamp, f également cautérisé aussitôt la section. La plaie fut ensui réunie et fermée comme d'habitude, et la malade guérit. (*Obs Society*, 1er février.)

Que ce succès se répète, et les dangers de l'ovariotom seront diminués, car celui d'une péritonite consécutive que l'o reproche surtout au procédé de la ligature perdue, et que l'o n'a pas manqué d'invoquer contre la cautérisation, n'est pa aussi redoutable qu'on le croit, d'après M. Baker-Brown. n'a pas eu un seul décès à déplorer dans les cas où il a employ ce procédé d'hémostase depuis quatre ans. Il ne redoute pa davantage l'hémorrhagie consécutive en employant le fer comm il le fait, avant qu'il ne passe au blanc.

Récidive. Tout en admettant les succès progressifs d cette grande opération, au point de vue curatif, le professeu Scanzoni ne saurait la comparer à d'autres opérations ana logues. En cas de succès sur un ovaire, il reste toujours l danger d'une rechute sur l'autre. Ce sujet lui semble surtou digne d'attention, bien que jusqu'ici on n'en ait pas tenu compte Dans la statistique précédente, dit-il, le succès ne datait que d deux années dans 342 cas. Aucune conclusion n'en peut donc être tirée au point de vue de la récidive. Comme renseignemen propre à éclairer ce sujet, il cite 99 cas d'affections ovarique rencontrés parmi les nombreuses autopsies faites à l'*Institu pathologique de Wursbourg* depuis 14 ans, dont 48 cas d'un seul côté et 51 des deux, et cette énorme proportion de moitié est sans doute encore au-dessous de la réalité, d'autant plus que 52 femmes étaient au-dessous de 50 ans, et 44 au-dessus. Chez les premières, les deux ovaires étaient atteints dans 31 cas, un seul dans 21. Chez les secondes, 17 fois des deux côtés et 27 d'un seul. La conclusion est claire : le danger de la récidive est plus grand avant la ménopause qu'après ; danger dont il faut tenir compte. Le petit nombre de cas où les deux ovaires ont été amputés ne saurait l'atténuer. Il est même assez probable, à en juger du moins par les autopsies précédentes, que dans un certain nombre l'état réel de l'ovaire opposé à celui qui était extirpé a été méconnu, et que son intégrité est loin

'être aussi fréquente. Aussi l'illustre gynécologiste appelle-t-il l'attention des chirurgiens à cet égard. (*Würzb. med. Zeitung*, n° 1.)

Du tétanos consécutif. Complication des plus redoutables de l'ovariotomie, heureusement assez rare. Sur 114 observations, M. Spencer-Wells la signale 3 fois. Une fois 7 jours après l'opération, une autre fois 12 et la troisième 15 jours. C'était de même après un délai avancé qu'il se montra chez une opérée de M. Nélaton guérie de son opération, qui allait et venait et considérée comme guérie.

De ces 4 cas, un seul guérit : c'est le dernier de M. Spencer-Wells en employant le *curare* d'abord en compresses sur la plaie. 10 centigrammes dissous dans 30 grammes d'eau en en employant 2 grammes seulement chaque fois, puis 20 gouttes en injections sous-cutanées, soit moins d'un milligramme de curare. Cependant la malade tomba comme foudroyée dans une résolution complète, la respiration et les battements du cœur s'arrêtèrent. Dès que la malade revint à elle, la difficulté d'avaler était plus forte que jamais. Bien que cette soudaineté d'absorption pût être attribuée à ce que la canule avait pénétré dans une petite veine, M. Spencer-Wells ne voulut pas renouveler l'opération, il fit appliquer un vésicatoire sur le cou, et employa ainsi la solution par la méthode endermique. Dès lors la malade alla mieux et guérit.

Le docteur Dutoit, de Wursbourg, dans un ouvrage intitulé : *Die ovariotomie in England*, etc., 237 pages in-4°, a collecté tous les cas de cette opération jusqu'au mois de novembre 1863, ils s'élèvent à 742, savoir :

Angleterre	467
Amérique	165
Allemagne	74
France	28
En d'autres pays	8

Le docteur Dutoit attribue ces succès locaux des chirurgiens anglais à la confiance illimitée dont ils jouissent au sein de la famille. Il suffit qu'ils proposent une opération pour que, si grave soit-elle, on l'accepte immédiatement. Sur le continent, au contraire, il faut se fatiguer à persuader le patient, à lui démontrer l'urgence de l'opération pour le décider à s'y soumettre. Et comme le danger de la vie n'est pas immédiat, ce sont toujours de nouveaux délais qui, en rendant les compli-

cations plus fréquentes, rendent aussi les insuccès plu nombreux.

En catégorisant ces cas d'après leurs analogies, on trouv les résultats suivants :

Extirpations complètes.

	Guérisons.	Morts.	
Angleterre	230	149	
Amérique	68	49	
Allemagne	15	40	
France	13	14	
Autres pays	4	3	
	330	255	585

Extirpations partielles.

Angleterre	7	6	
Allemagne	1	8	
Amérique	3	2	
	11	16	27

Extirpations abandonnées par suite d'adhérences.

	Guérisons temporaires.		
Angleterre	44	15	
Amérique	13	7	
Allemagne	3	4	
Autres pays	1	0	
	61	26	87

Extirpations de tumeurs extra-ovariques.

Angleterre	3	6	
Amérique	3	6	
Allemagne	0	1	
France	1	0	
	7	13	20

Extirpations abandonnées par erreur de diagnostic.

Angleterre	6	0	
Amérique	9	5	
Allemagne	1	1	
France	0	1	
	16	7	23
	Total		742

Ages. La proportion des guérisons aux décès s'est trouvé ainsi dans 432 cas où l'opération à été complète.

	Guérisons.	Morts.		
De 15 à 20 ans . . .	20	16	=	36
20 à 25.	44	25	=	69
25 à 30.	42	39	=	81
30 à 35.	35	30	=	65
35 à 40.	34	26	=	60
40 à 45.	21	18	=	39
45 à 50.	22	16	=	38
50 à 55, ...	10	7	=	17
55 à 60.	11	8	=	19
Audessus de 60.	5	3	=	8
TOTAUX. . . .	244	188		432

Ponction. Indiquée dans 251 cas, les résultats ont été les suivants :

	Cas.	Guérisons.	Morts.
Nulle ponction préalable.	45	31	14
1 —	85	50	35
2 —	43	24	19
De 3 à 9 —	51	27	24
Au-dessus.	27	12	15
Sur 68 kystes uniloculaires.	»	39	29
256 — multiloculaires.	»	131	125

On trouve ainsi dans cet ouvrage toutes les indications statistiques relatives à cette opération.

Diseases of the ovaries; their diagnosis and treatement (Maladies des ovaires ; leur diagnostic et leur traitement), par M. Spencer-Wells.

Deux volumes doivent être consacrés à ce travail, dont le premier, de 376 pages, a paru. Il renferme l'histoire détaillée, l'observation clinique complète de 114 opérations d'ovariotomie exécutées par l'auteur, du 19 février 1858 au 30 novembre 1864. C'est la totalité absolue des cas opérés par le célèbre chirurgien anglais, comme M. Kœberlé l'a fait en France. De ces 114 opérations, 76 malades ont guéri, 38 sont mortes. En voici la statistique détaillée, qui montre d'année en année l'influence de l'expérience et de l'habileté opératoire dans la progression des succès.

	Opérations.	Guérisons.	Morts.
1858	3	1	2
1859	11	5	6
1860	7	4	3
1861	9	6	3
1862.	21	16	5
1863.	31	16	15
1864	30	22	8
	112	70	42

Des 76 malades opérées avec succès, 4 ont succombé depuis, une d'hémiplégie deux ans après l'opération; les 3 autres de cancer abdominal dix mois, quatre mois et six semaines après l'ovariotomie. 2 autres cas, omis ici, se rapportent probablement à des opérations non terminées.

72 femmes vivent et se portent bien, une seule a lieu de craindre une récidive dans l'ovaire conservé. 5 ont eu des enfants depuis et des accouchements normaux. Ces chiffres sont éloquents. Les déductions en seront faites dans le second volume, dont celui-ci est la base et pour ainsi dire le fondement.

Contributions to assist the study of ovarian physiology and pathology. (Contributions à l'étude de la physiologie et de la pathologie des ovaires), par M. G. Ritchie. 1 vol. in-8 de 215 pages avec gravures. Londres.

Dédiée à M. Spencer-Wells, qui en a fourni plusieurs éléments, cette œuvre filiale, héréditaire et personnelle, joint aux opinions des auteurs anciens et modernes de tous les temps et de tous les pays sur ce sujet, des recherches originales de MM. Ritchie père et fils, qui en ont fait l'objet particulier de leurs études depuis de longues années, avec des faits à l'appui. C'est un de ces excellents mémoires à consulter qui, sans contenir du nouveau, résument parfaitement l'état de la science et tiennent lieu de nombreux et gros *in-octavo*.

OXYGÈNE. Un des moyens les plus commodes pour préparer de l'oxygène en grand est sans doute celui qui consiste à chauffer un mélange de peroxyde de manganèse et de chlorate de potasse.

Ce moyen, employé actuellement par la plupart des chimistes, n'est cependant pas sans danger, surtout si l'on chauffe trop le mélange. Le dégagement d'oxygène ayant lieu brusquement dans toute la masse, la tension de ce gaz devient tellement forte que l'appareil se brise souvent.

Le danger devient bien plus grand dans le cas où les matières premières sont falsifiées. L'exemple suivant prouve qu'il est de la plus grande nécessité, pour un chimiste, de bien s'assurer de la pureté des produits qu'il emploie.

M. Crowter, chimiste à Manchester, vient d'être victime d'une mesquine falsification du peroxyde de manganèse employé à la préparation de l'oxygène. Son appareil a fait explosion, et lui et son jeune fils ont été tués sur le coup.

A l'enquête, on a trouvé que le manganèse employé avait été falsifié avec 25 pour 100 de suie de cheminée. Suivant M. le professeur Roscoë, depuis quelque temps, on falsifie le peroxyde de manganèse en Angleterre, soit avec de la suie, soit avec de la poudre de charbon, ce qui forme, au contact du chlorate de potasse, un mélange explosible des plus dangereux.

Un procédé, *très-compliqué*, a été adopté par M. Limousin, pharmacien, pour préparer ce gaz, le doser et le faire respirer aux malades. Quoique l'eau de chaux remplace ici le manganèse, tout danger d'explosion n'est pas garanti lors de la décomposition du perchlorate de potasse qui a lieu dans le premier temps de l'opération, si l'on n'a le soin d'abaisser la température pour ralentir le dégagement d'oxygène. (*Union méd.*, nº 60.)

OZÈNE. Weber (de Halle) a démontré que lorsqu'une des deux fosses nasales est remplie par un liquide soumis à la pression hydrostatique, si le sujet respire en même temps, le voile du palais se relève de manière à fermer au liquide tout accès dans le pharynx, et ce liquide sort par l'autre narine.

Utilisant cette donnée, M. Tudichum recommande, pour les injections soit détersives, soit médicamenteuses des fosses nasales, l'appareil suivant :

Sur un pied solidement assujetti, il fixe un verre cylindrique très-haut, de la capacité d'un litre et demi. Le fond de ce verre est percé d'un trou auquel s'adapte un tuyau en caoutchouc, tuyau qu'on peut, à volonté, ouvrir ou fermer à l'aide d'un robinet. Si, maintenant, vous supposez ce tuyau terminé par un bout mobile, d'une grosseur telle qu'il n'entre dans la narine qu'à frottement, vous comprenez qu'en ouvrant plus ou moins le robinet vous projetez dans les fosses nasales un jet de liquide plus ou moins fort, qui, selon sa composition, les absterge, ou y porte un liquide médicamenteux. M. Tudichum recommande de tenir, durant l'injection, le malade dans le décubitus horizontal.

Avec ce moyen perfectionné, la médication topique, si illusoire jusqu'à présent pour le traitement des maladies des fosses nasales, devient un secours d'autant plus précieux que la continuité du jet habitue bientôt le malade à en supporter

le contact mieux qu'il ne le fait pour les injections ordinaires. Avec un peu d'habitude de l'opérateur, et de patience de l'opéré, on parvient ainsi à faire pénétrer le liquide jusque dans l'antre d'Highmore et même dans les sinus frontaux. (*Lancet*, 1864.)

Dès 1854, M. Maisonneuve avait communiqué à l'Académie de médecine le fait physiologique en question et la conséquence pratique qui en découle.

M. Gailleton a répété ces expériences avec succès en se servant tout simplement de l'irrigateur ordinaire. Pourvu que l'embout s'adapte bien à la narine et obture complétement l'orifice externe, tout le liquide retombe par la narine opposée. La position horizontale est incommode, il suffit de se tenir assis ou appuyé avec un vase pour recevoir ce liquide. Il convient d'habituer peu à peu les malades à cette méthode d'irrigation et de n'employer les liquides médicamenteux que lorsqu'ils n'en laissent plus tomber dans le pharynx. Le chirurgien lyonnais a employé jusqu'à 10 litres de liquide par jour, moitié le matin et moitié le soir. Du 2e au 5e jour, toute odeur avait disparu dans plusieurs cas d'ozène idiopathique, et la guérison est restée complète après trois à quatre mois de ce traitement sur cinq malades dont il rapporte l'observation, et soumis en vain auparavant à toutes les autres médications. (*Journ. de méd. de Lyon*, novembre.)

P

PACHYMÉNINGITE. Mais d'abord, quelle est cette dénomination nosologique nouvelle? La pachyméningite (de παχύς, épais), désigne une inflammation spéciale de la dure-mère donnant lieu à des néomembranes (de νέος, nouveau), le nom et la chose ont été découverts par Virchow ; mais c'est une question d'anatomie pathologique qui laisse bien des points obscurs.

Un médecin, M. le docteur Christian, a fait des études sur ce sujet pendant son séjour à l'asile de Stephansfeld, en qualité d'interne, dont voici les résultats :

L'effet le plus frappant de la pachyméningite a été de donner lieu à un grand nombre d'hémorrhagies cérébrales; de là son titre de *pachyméningite hémorrhagique*.

Elle est particulièrement fréquente chez les vieillards, quoiqu'on la voie aussi dans l'âge moyen : le plus jeune des mala-

des observés par M. Christian avait trente ans. L'alcoolisme joue un rôle considérable dans sa production, et c'est avec raison qu'on a dit qu'elle était une maladie des ivrognes. On a constaté aussi l'influence des maladies chroniques, des cachexies sur sa production; la paralysie générale, la démence, en sont des causes non douteuses.

Les symptômes sont encore mal déterminés. Essentiellement chronique dans sa marche en général, souvent latente, la maladie peut, dans certaines circonstances, se traduire par des accidents inflammatoires internes, aigus. Il est deux circonstances principales qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic : l'abus des alcooliques, la chronicité et la persistance des symptômes, qui, tout en annonçant une lésion profonde des centres nerveux, sont cependant sujets à rémission ou même à disparition momentanée, complète.

Il a été démontré dans ces derniers temps que les plus fréquentes des hémorrhagies méningées, celles qui siégent dans la grande cavité de l'arachnoïde, se rattachent presque toujours à la pachyméningite.

Le traitement est encore moins connu que le diagnostic précis du néoplasme caractéristique. Si ce dernier est soupçonné, on doit essayer d'en arrêter le développement au moyen d'une bonne hygiène, des antiphlogistiques et des révulsifs. Quant à l'hémorrhagie, elle ne présente pas d'indications notablement différentes de celles que l'on suit dans le traitement de toute apoplexie.

M. Kremianski en a rencontré tous les caractères anatomo-pathologiques dans la moitié à peu près des autopsies qu'il a pratiquées à l'hôpital militaire de *Erster-Land*, sur des victimes de l'épidémie de Saint-Pétersbourg. Il la considère ainsi comme un phénomène épidémique. C'est la première fois qu'elle est observée sous cette forme. (*Deutsche Klinik*, juin.) V. Épidémies.

Etude sur la pachyméningite hémorrhagique, par M. J. Christian. Dans cette thèse remarquable, soutenue a Strasbourg en 1864, l'ancien interne de l'asile de Stephansfeld a repris cette question nouvelle et en a fait la monographie la plus importante, le résumé le plus complet qui existe sur ce sujet. Basé sur 27 observations de pachyméningite crânienne et 4 de méningite spinale, recueillies par lui et rapportées en détail, il a pu ainsi, en y réunissant les travaux antérieurs, en déduire des

conclusions qui sont presque des lois sur cette affection de connaissance nouvelle.

Quant à sa fréquence, sur 180 autopsies d'aliénés, elle s'est rencontrée 28 fois, dont 19 fois sur 55 paralytiques, qui figurent dans ce nombre total. C'est donc une proportion d'un tiers.

Après la paralysie, les seules formes où se sont rencontrées les néomembranes sont la démence et la manie.

L'alcoolisme joue aussi un rôle considérable : cette cause existait 7 fois sur 15 cas, où l'on a pu remonter à l'origine du mal.

C'est ainsi peut-être qu'elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Sur 28 cas, il n'y avait que 7 femmes.

Tous les malades avaient plus de trente ans ; 7 seulement en avaient plus de soixante.

PANCRÉAS. Il ne suffisait pas d'avoir montré que le suc pancréatique a une action digestive, spéciale sur les aliments azotés, que le maximum de sa quantité et de sa puissance a lieu entre la quatrième et la huitième heure du repas, c'est-à-dire au moment de la normale et pleine digestion gastrique, il fallait rechercher la cause directe de cette élaboration du ferment pancréatique. Par des expériences directes, MM. Corvisart et Schiff ont montré qu'elle a lieu par une absorption d'aliments digérés ou peptones, que celles-ci proviennent de l'estomac même de l'individu ou qu'elles soient étrangères à son espèce, comme lorsqu'on introduit la dextrine dans l'estomac. Les nerfs pneumogastriques sont donc sans influence à cet égard. (*Acad. des sciences*, mars.)

PARALYSIES. Paralysie générale. *Nouvelle altération caractéristique.* Si l'induration générale de toute la substance médullaire est reconnue depuis longtemps, il n'en est pas de même d'un état particulier de la couche superficielle de la substance blanche des lobes antérieurs. Seuls, MM. Parchappe et Calmeil en ont parlé comme d'une rareté sans importance. M. Baillarger, au contraire, frappé de sa fréquence, l'a signalé à son interne comme un sujet de recherches. Si, dit-il, on prend sur le cerveau d'un aliéné paralytique les lobes antérieurs, qu'on les dépouille de leurs membranes, et qu'avec le manche d'une pince ou le dos d'un scalpel, on gratte la substance grise, voici ce que l'on observe : la couche corticale complétement enlevée, on

est arrêté par les crêtes ou prolongements de la substance blanche qui résistent et ne pourraient être entamés que par un effort plus grand. On peut ainsi dépouiller complétement la substance médullaire qui reste ferme, un peu jaunâtre ; certaines crêtes résistantes, élastiques, rappellent l'aspect et la couleur de l'épiglotte.

Sur 12 femmes atteintes de paralysie générale, ayant succombé dans le service de M. Baillarger, à la Salpêtrière, du 1[er] janvier au 1[er] décembre 1864, et dont l'autopsie a été faite avec soin, relativement à la lésion ci-dessus indiquée, M. Regnard l'a trouvée parfaitement nette et marquée dans 8 cas, se distinguant surtout des autres en ce que le début de la maladie ne remontait pas à plus de neuf mois dans 5, ce qui tend à prouver que cette lésion existe dès la première période de la maladie. Dans 2 cas, le ramollissement de la substance blanche au-dessous de cette induration de la couche superficielle en prouve surtout la localisation.

Dans les 4 autres cas, cette lésion était incomplète dans 3, et nulle dans le 4[e] ; mais alors la substance blanche était beaucoup plus ramollie, et comme diffluente dans le dernier. D'où il suit que cette induration caractéristique serait d'autant plus marquée que la substance cérébrale aurait moins perdu de sa consistance normale. (*Ann. méd. psycholog.*, janvier.)

Au lieu de faire du tremblement qui se manifeste constamment dans la paralysie générale un phénomène secondaire comme tous les pathologistes, M. Judée en fait le phénomène principal ; il domine même pour lui la paralysie, et c'est ainsi qu'il ne voit là qu'une méningo-encéphalite chronique. (*Soc. des scienc. méd. de Lyon*, 1864.)

En montrant que le tremblement diminue à mesure que la paralysie augmente, M. Perret en a donné la véritable signification et la valeur. Il résulte des efforts du système musculaire affaibli par l'envahissement de la paralysie. C'est ainsi que, dans l'état de santé, tout effort considérable exécuté avec un membre est suivi de tremblement dans ce membre. Chez les personnes débilitées, convalescentes de maladies graves ou hémorrhagies, le même effort est suivi de ce même tremblement. Il reste donc un phénomène secondaire traduisant dans la paralysie générale l'affaiblissement de la faculté de coordination.

Nitrate d'argent. Son efficacité résulte hautement de nouvelles

observations de M. Bouchut, relatées dans son savant ouvrage : *Sur le diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie.*

Dans 4 cas de paralysie générale progressive, il a arrêté la marche des accidents dans 3, d'une manière évidente, après un mois d'usage. La guérison a persisté pendant un an chez le premier malade, et la rechute ne s'est montrée que par de nouveaux excès ; la paralysie a été complétement guérie chez le second et modifiée chez le troisième (les accidents cérébraux persistant) ; ce qui démontre l'action spéciale du sel lunaire sur le système musculaire. (*Bull. de thérap.*, décembre.)

Paralysie ascendante aiguë. En en rapportant un nouveau cas inédit observé à l'hôpital Lariboisière, service de M. Pidoux, sur un jeune homme de vingt-deux ans et mortel en huit jours, M. Lévi trace de cette grave affection une véritable monographie dogmatique basée sur quatorze faits recueillis dans les archives de la science. Voici le tableau symptomatique qui en ressort :

Une période prodromique existe fréquemment; sa durée varie de quelques semaines à quelques heures seulement. Elle est marquée par des fourmillements aux orteils et aux doigts, de la faiblesse des extrémités, aux jambes surtout.

Cette fatigue, dont le développement est graduel, acquiert communément une notable intensité tout à coup sans cause appréciable, et la paralysie fait place à la faiblesse, à la parésie. Dans la très-grande majorité des cas, elle se présente d'abord sous forme de paraplégie. Il est assez rare que l'un des deux membres soit plus atteint que son congénère et tout à fait exceptionnel que la paralysie envahisse d'abord les membres supérieurs, ou même le pharynx et l'œsophage.

Les membres supérieurs, s'ils ne l'ont pas été en même temps que les extrémités inférieures, se prennent à leur tour, bien que les avant-bras paraissent conserver de très-faibles mouvements jusqu'aux dernières heures.

Le décubitus est constamment dorsal, les jambes sont dans l'extension, les muscles dans le relâchement complet.

A ces symptômes ne tardent pas à se joindre ceux émanant de la paralysie plus ou moins complète des muscles des gouttières vertébrales, du diaphragme, du pharynx et de l'œsophage, etc. Les malades ne peuvent plus se remuer dans le lit :

ils se plaignent d'oppression, d'une espèce de barre à l'épigastre, et l'on reconnaît à la vue que, pendant l'inspiration, cette région, loin de faire saillie, se creuse et s'enfonce vers les viscères.

La dyspnée offre en général des exacerbations, et l'ingestion des aliments et même des boissons peut causer de véritables essoufflements. La dysphagie se présente, deux, trois jours, ou même plus après le début des phénomènes acinésiques : deux fois elle a été le symptôme initial. Elle offre d'ailleurs, sous le rapport de l'intensité, des changements d'un jour à l'autre.

Les muscles paraissent conserver toute leur sensibilité propre; on l'a même trouvée un peu augmentée. A aucun moment de la maladie, il n'existe ni contracture, ni secousse spasmodique, ni vibrations fibrillaires, ni tremblements. Dans les quelques cas où ils ont été explorés, les mouvements réflexes étaient ou très-affaiblis ou entièrement effacés. La contractilité électrique, chez le malade de M. Landry et chez celui de M. Lévi, était parfaitement intacte. M. Duchenne l'a trouvée une fois très-affaiblie.

La sensibilité générale n'est pas aussi gravement affectée. Les différentes modalités et sensations sont conservées ; à peine s'il y a un certain degré d'engourdissement à la plante des pieds. Les fourmillements indiqués plus haut parmi les symptômes prodromiques persistent et gagnent quelquefois en hauteur. Lorsqu'on remuait le malade de M. Lévi, ou qu'on essayait de le placer momentanément sur les côtés, ou de lui élever tant soit peu la tête et les épaules, des douleurs très-vives sillonnaient tout de suite les membres inférieurs ; le décubitus dorsal les faisait immédiatement disparaître. L'absence de douleurs spontanées ou provoquées le long de l'axe vertébral a été jusqu'ici habituelle. Peu ou point de troubles des organes des sens.

La parole, sans présenter de véritable embarras, est comme empâtée; parfois les mouvements de la langue ou des lèvres sont alors moins libres qu'à l'état sain, mais sans tremblement.

L'intelligence et la mémoire sont toujours dans une parfaite intégrité ; de funestes pressentiments assiégent parfois les malades en proie à un malaise, à une inquiétude générale, à l'insomnie, mais sans céphalalgie. La physionomie animée, le regard naturel, les traits du visage sans aucune expression de souffrance, malgré la gêne respiratoire, font un singulier contraste avec les troubles graves de la motilité.

Dans les organes digestifs, il n'existe nul symptôme, sinon

parfois une constipation plus ou moins opiniâtre. La miction, même dans ces cas, a été facile et volontaire; cette sorte de contraste entre les fonctions du rectum et celles de la vessie est peut-être dû à l'état des muscles abdominaux bien plutôt qu'à la paralysie de la tunique musculeuse de l'intestin. L'évacuation des matières fécales exige en effet des contractions bien plus énergiques des parois abdominales que l'expulsion des urines. Chez le malade de M. Lévi, les urines, parfaitement limpides, répandaient néanmoins une odeur fortement ammoniacale au moment de leur émission, et bleuissaient d'une façon très-prononcée le papier rouge de tournesol.

Le pouls ne dépasse pas et souvent n'atteint pas 100 pulsations ; la chaleur est modérée, mais des sueurs profuses et couvrant tout le corps sont un phénomène très-commun. Enfin, la mort peut survenir, et très-promptement, par l'immobilité du diaphragme et des côtes.

La marche des accidents est en général continue et rapidement ascensionnelle, mais la maladie peut aussi progresser d'une façon quasi saccadée, offrant de véritables rémittences, et se prolongeant alors plusieurs mois avant de toucher à une terminaison quelconque. Mais dans la paralysie ascendante qui frappe les individus en pleine santé et non sujets à des accidents névrosiques ou hystériques, ce sont là des faits exceptionnels.

En moyenne, la mort arrive du huitième au dixième jour. Sur 14 cas, 9 fois l'affection s'est terminée d'une manière funeste en quelques jours.

En cas de guérison, ce qui est le plus rare, la marche rétrograde affecte des allures lentes ou rapides. Aiguë dans son évolution, elle est chronique en quelque sorte dans son involution ou dans sa descente. Les muscles envahis les derniers sont constamment ceux où le mouvement commence à reparaître.

Les causes de cette paralysie, à peu près inconnues, paraissent être un refroidissement un peu prolongé, le corps étant en sueur, noté assez souvent; les accidents ont parfois éclaté au bout de quelques heures. La dysménorrhée et l'arrêt des menstrues en ont tout au moins précédé deux ou trois fois le développement.

Une fois de plus, M. Lévi a constaté l'intégrité absolue, à la simple vue et au microscope, de la substance cérébrale et rachidienne. (*Arch. gén. de méd.*, février.)

Une observation très-complète en est rapportée par M. Leudet dont la cause est manifestement l'asphyxie par la vapeur de charbon;—primitivement localisée au nerf sciatique, la paralysie s'étendit rapidement à la périphérie (*Idem*, mai.)

Paralysies épidémiques. On a observé dès 1860, à l'asile d'Ajuda, parmi les orphelins des victimes du choléra et de la fièvre jaune, dit M. B. Gomes à la *Société des sciences médicales de Lisbonne*, des douleurs névralgiformes dans la partie supérieure des cuisses, sans rougeur ni gonflement, à droite d'abord, s'étendant jusqu'aux pieds, s'accroissant et suivies d'affaiblissement et de paralysie. Les malades ne pouvaient marcher ni rester debout, ni même assises, — car ce fut parmi les orphelines que se déclara de proche en proche cette affection singulière. Sur 114, 8 furent atteintes. Couchées, elles exécutaient quelques mouvements. La paralysie du sentiment fut telle dans un cas, que l'on pouvait piquer profondément la peau sans que la malade s'en aperçût. La forme hémiplégique se montra chez une autre. Puis survinrent des convulsions avec délire ou perte de la voix et de la parole, dilatation des pupilles avec insensibilité à la lumière, tintement d'oreilles, rire convulsif, nausées et renvois. La paralysie remplaçait ensuite cette agitation avec un cortége de tristesse et d'abattement général.

Malgré quelques douleurs rachialgiques, les fonctions de la vessie et de l'intestin restèrent intactes sans amaigrissement sensible, ni altération constitutionnelle ni des urines.

Tandis que tous les remèdes échouèrent à l'asile, les bains de mer et la dispersion des malades réussirent rapidement, quoique les conditions hygiéniques fussent souvent moins favorables qu'à l'Asile même.

En 1861, l'héméralopie se montra sur 16 garçons et 6 filles de sept à quinze ans, compliquée de xérophthalmie sans granulations. Après un mois d'essais thérapeutiques, la cautérisation avec le nitrate d'argent dirigée contre celle-ci les fit disparaître simultanément.

En 1863, ce furent des vomissements spasmodiques qui se répétaient de 30 à 40 fois par jour sans altération des matières vomies. Sur 96 orphelines, 87 en furent atteintes. Nonobstant, l'appétit se maintenait ainsi que la nutrition et les forces. Ils cessèrent dès que les enfants furent dispersés au dehors, mais reparurent de nouveau à leur retour dans l'asile et s'y généra-

lisèrent de nouveau en 1864. Quatre élèves, transportées à l'asile de Junqueira, y importèrent bientôt ces vomissements par imitation, dont la dispersion fut le seul remède curatif, preuve de leur caractère.

Les paralysies ont reparu depuis chez les premières malades avec le même caractère qu'en 1860, et n'ont disparu que par le changement de lieu, comme une confirmation de l'étiologie précédente. Mais il est difficile d'admettre que la même cause ait produit des effets si divers. Dans ce cas, nous serions porté à croire que malgré l'excellent régime de ces enfants et les investigations faites à ce sujet, les farines ne sont pas de qualité irréprochable, et devraient être soumises à un examen scrupuleux. Certaines altérations pourraient expliquer la plupart de ces phénomènes aussi rationnellement que la contagion de l'exemple. (*Gaz. med. de Lisboa.*)

Dans un Mémoire spécial, le professeur Barbosa considère ces accidents névropathiques comme de nature purement adynamique et classe la paralysie dans le quatrième ordre des paralysies fonctionnelles d'origine périphérique, et succédant à une excitation extérieure. La vie en commun expliquerait, selon lui, l'apparence épidémique et l'imitation, en créant une sorte de constitution, de tempérameut uniforme. C'est une interprétation qui mérite d'être examinée.

Paralysie du nerf radial. La compression de ce nerf, qui la détermine le plus souvent, se produit de diverses manières. Aux cas énumérés dans le *Dictionnaire de* 1864, M. Hérard en ajoute un autre beaucoup plus rare et non moins curieux. Il s'agit d'un blessé qui, après deux mois d'une fracture de la jambe avec luxation du pied, ne pouvant marcher que difficilement, était obligé de s'appuyer fortement sur ses béquilles, principalement du côté de la fracture. Un jour, après une course un peu plus longue que d'habitude, il sentit tout à coup un engourdissement des doigts annulaire et médius de la main gauche, avec impossibilité de les redresser ; quelques heures après, les autres doigts et le poignet étaient atteints. La paralysie a persisté malgré l'électricité, les frictions et la strychnine à l'intérieur.

En soulevant le bras, on remarque immédiatement que la main fortement en pronation ne peut être maintenue dans la direction de l'avant-bras. Le poignet tombe, il est de toute impossibilité au malade, malgré les efforts de sa volonté, de par-

venir à le redresser. Il y a paralysie des muscles extenseurs du poignet, c'est-à-dire des deux radiaux et du cubital postérieur. On constate en même temps que les doigts sont entraînés dans la flexion et ne peuvent être étendus sur le métacarpe. Conséquemment la paralysie a simultanément atteint les muscles extenseurs communs des doigts, extenseur propre de l'index et du petit doigt, long abducteur, long et court extenseur du pouce. Mais le mouvement d'extension, impossible pour la première phalange, est au contraire conservé pour la phalangine et la phalangette, que le malade, une fois la main relevée, étend avec une grande facilité. Pourquoi cela ? C'est que les muscles extenseurs des deux dernières phalanges, autrement dit les interosseux, ne sont pas animés par le même nerf que les muscles qui étendent la première phalange. Les premiers reçoivent leurs filets moteurs du nerf cubital, les seconds de la branche profonde du nerf radial. Ce fait intéressant de physiologie, si bien mis en relief par M. Duchenne (de Boulogne) explique l'indépendance d'action de ces muscles en même temps qu'il nous donne la clef de plusieurs états morbides des doigts, connus sous les noms de *griffe* (paralysie des interosseux), *contracture des extrémités* (contracture des interosseux), etc. Ainsi donc, les seuls muscles paralysés ici sont les extenseurs de la première phalange des doigts et les extenseurs du poignet, auxquels on peut ajouter les supinateurs, tous muscles animés par la branche profonde du nerf radial. Aussi l'affection de ce malade s'appelle-t-elle indifféremment paralysie des extenseurs de l'avant-bras et de la main, ou paralysie du nerf radial. (*Gaz. des hôp.*, n° 96.)

Paraplégie symptomatique. Un exemple inexplicable et très-intéressant en a été relaté par le docteur Salviat à la Société de médecine de Bordeaux. Concurremment à une rétention d'urine, sans obstacles sensibles ni causes appréciables, la paralysie du sentiment et du mouvement se manifeste spontanément dans la moitié inférieure du corps, et persiste malgré les moyens les plus énergiques, les plus violents. Une douleur à la base du poumon droit est le signal du rétablissement incomplet de la sensibilité. Ce n'est que du treizième au quatorzième jour que des douleurs atroces apparaissent dans la région rénale, augmentent à la pression avec gonflement local sensible, fièvre et délire. Malgré un amendement sensible, elle persiste sourdement les jours suivants et le sixième seulement, quand M. Sal-

viat allait introduire la sonde pour vider la vessie, la rétention n'ayant pas cessé, un flot de pus s'échappa par l'urèthre et la plus grande quantité ensuite par la sonde dès qu'elle fut introduite. Pendant plusieurs semaines, l'urine coulant alors librement, a contenu du pus concurremment avec une complication d'angine couenneuse qui est venue retarder la guérison. (*Union méd. de la Gironde*, nov.)

Le pus venait-il des reins, comme le pense l'observateur, ou du voisinage du col de la vessie? La facilité de pénétrer dans cette cavité rend cette supposition improbable. Ce serait donc là un nouvel exemple d'abcès périphrénique plein d'enseignement sur ce sujet encore peu connu et à l'étude. Le danger d'agir trop vite et trop énergiquement contre des symptômes intenses, mais inexplicables, et dont la source est inconnue, est surtout mis ici en évidence; d'où l'indication d'en rechercher, d'en préciser la cause avant d'instituer un traitement actif.

Paraplégie douloureuse. Nouvelle dénomination imposée, par M. Charcot, à un appareil symptomatique affectant les cancéreux. Voy. Cancer.

PATHOLOGIE. *Eléments de pathologie interne et de thérapeutique* considérées particulièrement dans leurs rapports avec la physiologie et l'anatomie pathologique, par Niemeyer, professeur de pathologie à l'Université de Tubingue. Traduction sur la 6e édition allemande, par MM. les docteurs Culmann et Sengel de Forbach, revue et annotée par M. le docteur V. Cornil, précédée d'une introduction par M. le professeur Béhier, 1 vol. gr. in-8 de 892 pages. Germer Baillière. Le second volume est sous presse.

Exposé des doctrines de l'école anatomo-microscopique allemande appliquées à la pathologie et à la thérapeutique. Sous ce rapport, c'est un livre tout nouveau en France. La classification en est tout anatomique. Il contient dans ce premier volume les maladies des organes de la respiration, de la circulation, de la digestion, du foie et de la rate. Il diffère ainsi de tous les ouvrages français. Son succès en Allemagne, dont témoignent six éditions en quatre ans et des traductions en différentes langues, en disent assez le mérite et la nouveauté, et le désignent hautement à l'attention des médecins français.

Patologia e terapia speciale, 1re traduction en italien de l'ouvrage précédent sur l'édition originale du professeur Niemeyer de Tubingue, par le docteur Ricchetti. Venise et Milan.

Manuel de pathologie et de clinique médicales, par Ambroise Tardieu, doyen et professeur de la Faculté de médecine de Paris, etc. *Troisième édition*, revue, corrigée et augmentée. Un vol. grand in-18 de 935 pages. Germer Baillière.

Sous une forme très-concise, abrégée, et avec cette admirable clarté, cette élégance de langage particulières à M. Tardieu, on trouve ici toute la pathologie médicale résumée avec un index bibliographique des plus récents et des meilleurs ouvrages sur chaque maladie. Le succès de cet ouvrage, arrivé à sa 3e édition, dit assez son mérite; le nom de l'auteur en est d'ailleurs la meilleure garantie. L'ordre nosologique y est préféré avec raison, selon nous, à l'ordre anatomique, adopté par quelques auteurs récents, M. Niemeyer, entre autres. On peut ainsi juger des avantages respectifs de ces deux classifications.

Plusieurs articles ont été remaniés et mis en rapport avec les progrès de la science. Des additions importantes ont aussi été faites, notamment sur l'*ataxie locomotrice*, l'*atrophie musculaire progressive*, la *leucocythémie*, la *mélanhémie*, la *dégénérescence amyloïde*, la *paralysie agitante*, l'*ictère grave*, l'*ulcère simple de l'estomac*, la *maladie d'Addison*, le *goitre exophthalmique*, le *rhumatisme noueux*, la *syphilis viscérale*, etc. On n'y trouve cependant ni l'*adénie*, ni l'*endocardite ulcéreuse*, ni d'autres espèces pathologiques consignées dans ce *Dictionnaire*.

Trattato di patologia generale des professeurs Uhle d'Iéna et Wagner (de Leipzig).

Traduction en italien sur la seconde édition allemande de 1864, par le docteur Ricchetti. Venise, 1865, par livraisons périodiques.

Conférences de clinique médicale, leçons faites à l'hôpital de la Pitié, 1er semestre de 1862. — *Rétrécissement de l'œsophage. — Erysipèle de la face. — Pneumothorax. — Pneumonie. — Maladies des femmes en couches*, par J. Béhier, professeur de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié. Recueillies par MM. Menjaud et Proust et revues par M. Béhier. Un fort vol. in-8.

PELLAGRE. Le prix de 5000 francs, proposé sur ce sujet

par l'Académie des sciences, en 1864, a été accordé à M. Théophile Roussel, pour son *Traité de la pellagre*, avec un accessit de 2000 fr. à M. Arnaud Costallat, sur un rapport très-remarquable de M. Rayer. Douze mémoires avaient été envoyés représentant quatre opinions exclusives et contradictoires sur la nature de cette maladie. La première et la plus ancienne est celle qui l'attribue à un agent toxique, le *verdet* ou *verderame*, maladie parasitaire du maïs qui, employé dans l'alimentation, produit cet empoisonnement lent et mortel. De là son caractère endémique dans certaines contrées à maïs, comme l'Espagne et l'Italie. Les deux lauréats en sont les seuls représentants auxquels s'est associée l'Académie par l'organe de son rapporteur, qui, sans doute, partageait cette idée depuis longtemps.

Mais depuis longtemps aussi, différents cas de pellagre étaient signalés à l'état sporadique dans divers lieux où le maïs ne faisait point partie de l'alimentation. Ainsi, en Espagne : dans la Vieille-Castille et l'Aragon ; en France : dans la Champagne, la Gironde, la Normandie. Chaque observateur en a fait ainsi une maladie différente suivant les cas observés. Pour M. H. Gintrac, l'hérédité, certaines professions, une alimentation mauvaise ou insuffisante et la misère en font une affection générale qui, abandonnée à elle-même, entraîne la mort. C'est une diathèse, selon M. Bouchard, que toute espèce de misère peut produire, et qui reçoit son caractère spécial, l'érythème pellagreux, de l'insolation.

Tout en reconnaissant l'action puissante de ces causes déprimantes sur la production de la pellagre, Landouzy en agrandit encore le champ. Les personnes en dehors de la misère, dans l'aisance et de bonnes conditions hygiéniques, y seraient aussi exposées. La cause première en serait ainsi inconnue.

M. Billod n'est pas aussi réservé. Médecin directeur de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes, il a changé en cause ce qui avait été regardé comme un effet de cette maladie. L'aliénation mentale qui atteint beaucoup de pellagreux dans la période ultime en serait, d'après lui, le principal caractère, ou plutôt la pellagre ne serait qu'une forme de l'aliénation mentale, et les autres symptômes ne seraient que la conséquence de cette espèce de cachexie, comme il cherche à le démontrer de nouveau *in Arch. de méd.*, mars. M. Brunet refuse aussi de reconnaître à cet appareil symptomatique le caractère d'une maladie spéciale.

Le mérite de la première opinion est d'être basée sur des preuves certaines. Ainsi l'épreuve de Cerri est capitale. En substituant à la nourriture de maïs et de polenta de 10 pellagreux italiens, de bons aliments empruntés au règne animal, la maladie très-caractérisée diminua et ne reparut pas, comme d'habitude, l'année suivante. Cette expérience, répétée un grand nombre de fois, a toujours réussi, notamment sur les domestiques qui, en entrant dans de bonnes maisons, guérissaient par le seul fait du changement de régime et d'une bonne nourriture.

Le mérite de ses représentants est d'avoir étudié, comparé et élucidé les faits sur lesquels les opinions contraires sont basées. Ainsi M. Costallat a montré que la forme de pellagre existant en Espagne, sous le nom de *flema salada*, peut être rapprochée de l'acrodynie observée à Paris en 1828 et 29, et l'attribue à la *carie*, parasite commun dans le pain mal préparé dont usent les gens qui en sont atteints.

D'autre part, M. Roussel s'est demandé s'il ne serait pas possible de rattacher de même à une altération du millet ou de toute autre céréale les cas de pellagre sans maïs, observés par M. H. Gintrac et d'autres. Il a montré de plus que des différences fondamentales existaient dans l'évolution, les caractères, de ces différentes espèces de pellagre. Celle de M. Landouzy, observée à Reims, n'offre pas ainsi les accidents nerveux du début de la pellagre endémique à maïs avant l'apparition de l'érythème. De même dans la pellagre dite des aliénés, où l'érythème est postérieur à la folie, tandis qu'il la précède toujours dans la pellagre à maïs. Il y a donc là des formes différentes d'une même espèce nosologique, sinon des maladies différentes. C'est surtout ce que le concours de l'Académie des sciences et le rapport lucide de M. Rayer auront contribué à mettre en lumière.

Etiologie. Recherchant dans l'histoire, dans le passé, l'apparition de cette maladie en Italie, M. le professeur Corradi, de Palerme, montre qu'elle coïncide avec la culture du maïs; et montrant que toutes les autres causes attribuées récemment à cette maladie : l'insolation, la misère, l'aliénation mentale, ont existé et règnent encore aussi bien là qu'ailleurs, sans que la pellagre se manifeste ni se soit montrée en rapport avec ces causes, il conclut, comme son compatriote Balardini et comme M. Costallat, à l'étiologie spécifique du maïs. L'histoire des en-

démies et des épidémies jusque dans ces dernières années met cette unique cause en évidence, à l'exclusion de toutes les autres, ainsi qu'il se propose de le démontrer dans un prochain ouvrage. (*Union méd.*, n° 110.)

Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres, par le docteur J. B. Th. Roussel. Ouvrage qui a obtenu le grand prix de médecine à l'Institut de France. Un volume in-8° d'environ 600 pages.

Elucidation des diverses doctrines sur ce sujet et qui peut servir de réponse, de critique scientifique aux ouvrages, brochures et mémoires qui en sont l'expression.

PEPSINE. Il résulte du savant rapport de M. Guibourt sur ce sujet à la Société de pharmacie, entre autres conclusions, que la pepsine officinale, dissoute dans l'eau et mise en contact avec la fibrine, la dissout comme le suc gastrique du chien et la transforme, pour la plus grande partie, en une substance soluble que l'acide azotique ne précipite pas, ce qui en fait un caractère distinctif avec la dissolution par les acides dilués, qui donne constamment, avec l'acide azotique, un précipité blanc caillebotté.

Mais étant d'une composition variable et offrant, suivant son origine et les circonstances de sa préparation, des différences plus ou moins considérables dans son degré d'activité, c'est-à-dire dans la proportion de fibrine qu'elle peut transformer, il est indispensable de titrer la pepsine pour avoir la quantité nécessaire à la dissolution de 6 grammes de fibrine prise pour unité. Cette dose médicinale, amenée à l'état pulvérulent au moyen de l'amidon, acidifiée avec l'acide tartrique et dissoute dans 25 grammes d'eau, doit dissoudre 6 grammes de fibrine. Tel est le type qui a servi aux expériences de la commission.

Elle a reconnu qu'il se trouve dans le commerce des pepsines très-faiblement actives et même complétement inertes. En conséquence, les pharmaciens auront soin d'essayer les pepsines qu'ils voudront livrer au public, et devront s'assurer qu'elles possèdent les propriétés caractéristiques signalées plus haut. (*Journ. de pharm. et de chimie*, août.)

PERCUSSION. *Placorganomètre.* Cet instrument, qui ne diffère guère du plessimètre ordinaire d'ivoire, est dû à M. Souligoux. Il sert surtout, d'après l'auteur, après avoir

donné les sensations d'ensemble, à obtenir la délimitation exacte en faisant exécuter un quart de cercle à l'instrument. (*Acad. de méd.*, mai.)

M. le docteur Et. Moulin se sert d'une simple plaque de caoutchouc à cet effet. Ce plessimètre *mince* et *insonore*, qui prend place dans l'*agenda* au milieu des cartes de visite, a de 2 à 4 millimètres d'épaisseur et de la grandeur, pour les cas les plus ordinaires, d'une pièce de cinq francs d'argent, percé au centre d'un trou pour la plus facile transmission du son. On frappe dessus avec le doigt médius seulement ou avec tous les doigts de la main droite réunis, et l'on obtient les sons les plus francs, les plus distincts, les plus capables, en un mot, de faire tourner au bénéfice du diagnostic la belle découverte d'Avenbrugger. (*Gaz. des hôpitaux.*)

Celui de M. le docteur Germe, d'Arras, qu'il nomme le *plessimètre à fenêtre cloisonnée*, construit par M. Guéride, sur un nouveau plan, consiste à ne percuter que la plus petite surface possible, de telle sorte que, à quelques millimètres de distance, les points non percutés n'entrent pas en vibration. C'est ce que réalise le petit et commode *plessigraphe* de M. Peter.

PÉRICARDITE. Péricardite purulente. Ce fait, observé par M. Daga à l'hôpital militaire de Lille, et relaté à la Société de médecine, est instructif par sa rareté, sa soudaineté et sa marche foudroyante. Suivi d'autopsie, il dévoile une cause de mort qui, dans la pratique civile, fût restée une énigme, et peut ainsi éclairer le diagnostic à l'avenir. Un officier, très-bien portant, est pris tout à coup, en montant sa garde, qu'il dut interrompre, d'une vive douleur précordiale, avec frisson, céphalalgie et mal de gorge. Ces symptômes augmentant avec une violente intensité pendant la nuit, il est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic angine. Anxiété extrême, oppression considérable, face cyanosée, dilatation des pupilles, refroidissement général, pouls petit, fréquent, déprimé, insensible, douleur précordiale persistante ; rien à la gorge. L'auscultation et la percussion ne révèlent rien, si ce n'est un volume plus considérable du cœur. Ventouses, sinapismes, vésicatoires, potion éthérée, rien n'arrête les accidents, et la mort arrive quarante-huit heures à peine après le début. La présence de 600 grammes de pus phlegmoneux, bien lié, dans le péricarde, en engluant les deux feuillets avec commencement de fausses

membranes, fut la seule trace anatomo-pathologique expliquant cette mort rapide. (*Bull. méd. du Nord*, juin.) A défaut de pouvoir enrayer des accidents aussi formidables, l'art doit, du moins, en reconnaître la nature, en préciser la gravité et en prévoir l'issue fatale, sous peine d'être taxé de conjectural et condamné.

De la péricardite hémorrhagique, par le docteur Debest de Lacrouzille, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Un vol. in-8° de 196 pages.

Monographie complète de cette espèce nouvelle encore mal connue jusqu'à ces derniers temps. Basée sur 25 observations dont 5 inédites, elle en résume exactement tous les points principaux dans les conclusions suivantes :

1° La péricardite hémorrhagique est, dans l'immense majorité des cas, due à une néo-membrane, comme la pleurésie, la méningite, l'hématocèle de la tunique vaginale.

2° Presque jamais elle n'est primitive.

3° Très-souvent elle est latente.

4° Elle paraît être le privilége d'un âge avancé.

5° Elle est presque toujours compliquée d'une affection thoracique, soit du cœur, soit des gros vaisseaux, soit du poumon, soit de la plèvre.

6° Elle peut reconnaître pour cause le rhumatisme, et même, à la rigueur, une diathèse hémorrhagique, mais non sans l'intermédiaire obligé d'une néo-membrane.

7° Il n'existe pas de symptômes caractéristiques de cette variété, qu'on peut considérer simplement comme une variété anatomique.

8° Elle se termine souvent par la mort subite.

PÉRITONITE. Encore un succès de la nouvelle médication par le collodion. Il a toute l'authenticité voulue, car il émane de la Maternité de Toulouse, service du professeur Laforgue. Il s'agit d'une accouchée qui, prise d'un refroidissement le huitième jour, éprouve bientôt une vive douleur dans la fosse iliaque gauche, avec sensibilité et tuméfaction du ventre. Le traitement classique — sangsues, cataplasmes, onctions mercurielles et belladonées — échoue chez cette malade comme il avait échoué dans trois cas mortels qui venaient de se présenter. L'inflammation s'étend à toute la séreuse, les douleurs sont plus vives, le poids des couvertures est insupportable, des vomissements

répétés ont lieu, malgré l'opium, pouls à 105. C'est alors qu'au troisième jour seulement « M. Laforgue *se décide* à appliquer le collodion d'après la méthode de M. de Robert de Latour. » Quatre heures après, la sédation se manifestait, et, dès le lendemain, la rémission de tous les symptômes était évidente; preuve de l'action incontestable du remède qui, malgré quelques incidents, amena bientôt la guérison. (*Journ. de méd. de Toulouse*, juin.)

Ici, le chef de service *semble* avoir plutôt cédé aux sollicitations de son interne, M. Bouzique, auteur de l'observation, qu'obéi spontanément à son inspiration personnelle. L'hommage final de l'élève respectueux, remerciant son maître « de lui avoir fourni l'occasion *d'appliquer* une méthode qui, sous sa direction, a été suivie d'un succès inespéré », justifie d'autant mieux cette interprétation, que M. Laforgue continua l'usage des moyens internes et fit des réserves en leur faveur sur l'issue heureuse de ce cas. Et pourtant, l'issue fatale des trois précédents et l'effet immédiat du remède permettent-ils le moindre doute? Preuve du peu de confiance qu'inspire encore la méthode des enduits imperméables contre l'inflammation et la difficulté d'abandonner d'anciens errements. Il faudra néanmoins se rendre à l'évidence devant les succès croissants signalés de part et d'autre de cette nouvelle méthode et les malheurs sans fin de l'ancienne. Que l'on accepte ou non les explications doctrinales qu'en donne l'auteur, les faits subsistent dans toute leur majesté, et condamnent les chefs de service qui refusent d'expérimenter cette médication externe. Exempte de dangers, elle permet à ceux qui ne croient pas à son efficacité absolue, et que des scrupules retiennent, d'employer simultanément les remèdes internes, comme l'a fait M. Laforgue. C'est au moins un moyen de s'éclairer, de se convaincre et de ne pas refuser systématiquement l'accès à l'innovation, au progrès.

Le professeur Dohrn de Marbourg a employé ce moyen sur une bien plus grande échelle qu'il ne l'avait jamais été et le résultat en a été on ne peut plus favorable. Chez 31 malades, il n'a éprouvé que trois insuccès, et encore peuvent-ils être attribués à des complications. Dans un cas, il y avait inflammation des veines du bassin; dans un autre, des exsudats ont été rencontrés en grande quantité à la paroi postérieure du petit bassin. Dans tous les autres, la péritonite se limitait à la région sous-ombilicale, et les applications de collodion n'ont jamais dépassé

l'hypogastre. Dans un seul, l'inflammation était généralisée.

Ce traitement a été institué dès le début des accidents et, après quelques minutes, la diminution de la douleur abdominale et du malaise général était sensible. La fréquence du pouls et des mouvements respiratoires diminuait dans les vingt-quatre heures, et l'abaissement de la température locale était bien plus frappant encore. (*Monatschr. für Geburskunde*, 5e livr.). C'est donc là une confirmation éclatante de l'efficacité de cette nouvelle méthode thérapeutique que les praticiens ne sauraient trop employer. Voy. ALBUMINURIE.

PESSAIRE. Pessaire élastique. Un fil métallique en spirale, recouvert de gomme élastique et dont les spirales sont soutenues à l'intérieur par d'autres fils placés en croix forment le pessaire *a molla* du professeur Giordano de Turin. Un coussinet ou anneau de caoutchouc est fixé à la partie supérieure où se place le col pour soutenir l'utérus et diminuer le frottement, la compression des spirales. (*Gazz. med. di Torino*, n° 9.)

Si la réductibilité de cet instrument en rend l'introduction facile, si sa légèreté, son élasticité et son bon marché le rendent préférable à beaucoup d'autres, il en est un beaucoup plus simple encore et qui nous semble en avoir tous les avantages sans les inconvénients, c'est le pessaire à air du docteur Gariel. Ici aucune pièce métallique ne peut se déranger ni blesser les organes génitaux.

Pessaires-leviers. Inventés par le docteur Hodge, de Philadelphie, et employés par le professeur Braün, de Vienne, ces instruments diffèrent des divers appareils imaginés jusqu'ici pour le redressement ou la contention de l'utérus. Ils sont formés d'une tige cylindrique de caoutchouc durci, grosse comme une sonde ordinaire, ayant la forme d'un parallélogramme à angles très-arrondis. Le docteur Van den Corput en a fait confectionner de gutta-percha, soutenu par une tige intérieure en métal flexible, comme dans celui du professeur Giordano. Par l'incurvation de l'instrument sur son plus grand diamètre, il s'accommode parfaitement aux dispositions naturelles du vagin, et, par l'écartement de ses branches, embrasse ou soutient le segment inférieur de la matrice. On en distingue d'ouverts, fermés et en anneaux. D'ailleurs, il est facile d'en modifier la forme selon les indications. Les premiers répondent assez

exactement à celle d'un fer à cheval, dont le corps, introduit le premier comme pour les pessaires ordinaires, va se placer dans la concavité du sacrum, et soutenir ainsi le corps de l'utérus. Pour tous les autres, un praticien en saisira bientôt le mode d'application à la vue de l'instrument et en connaissant l'espèce de déviation à laquelle il doit remédier, sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans les minutieux détails décrits par l'auteur. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, février.)

Sur un nouveau système de pessaires-leviers et leur emploi dans le traitement des déviations utérines, par le docteur Van den Corput. Brochure de 16 pages, grand in-8°. Bruxelles.

PHARMACOLOGIE. **Taffetas gommé.** L'odeur résineuse du sparadrap ou diachylon, assez forte pour incommoder certaines personnes, ses effets irritants dans quelques cas, sa cassure facile et sa non-adhérence lorsqu'il est sec, ont déterminé M. Fort à le remplacer par un véritable diachylon gommé avec le mélange suivant :

Gomme arabique mondée.	5 grammes.
Eau distillée.	8 —
Glycérine	Q. S.

Faites dissoudre la gomme dans l'eau, et ajoutez à la solution quantité suffisante de glycérine pour lui donner une consistance de sirop. On l'étend avec un pinceau sur une toile fine et bien lisse, légèrement gommée. Le nombre de couches varie avec l'épaisseur que l'on veut donner à ce taffetas et l'usage que l'on veut en faire.

Pour se servir de cette toile gommée, il suffit de l'humecter avec un peu d'eau, et de l'appliquer immédiatement.

Ce nouveau taffetas à la glycérine a ainsi l'avantage d'être inodore, très-souple et non cassant en hiver comme en été. Il ne se rétracte pas comme le taffetas anglais, et a sur ce produit le mérite du bon marché. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, mars.)

Emplâtre stibié. L'introduction du tartre stibié au milieu de la masse emplastique, l'emplâtre de poix de Bourgogne dont on se sert en particulier par exemple, est condamné, non sans raison, par M. de Servière, car il est évident que tout ce qui n'est pas en contact avec la peau ne sert à rien. L'emploi

d'un sparadrap stibié pour obvier à cet inconvénient ne réaliserait pas davantage la perfection. Il conseille de former avec la quantité de tartre stibié prescrit, et un peu d'axonge, une sorte de masse de consistance pilulaire que l'on étend au centre de l'emplâtre, en laissant un rebord adhésif. Le médecin peut doser ainsi exactement la quantité d'émétique nécessaire pour obtenir le degré de révulsion voulu, sans mettre la peau en contact avec des quantités trop fortes ou trop faibles d'un corps aussi absorbable que l'antimoine, et dont l'innocuité n'est pas démontrée. (*Gaz. hebd.*)

Pâte de Canquoin. Une modification pharmacologique très-importante a été faite par M. Demarquay pour prévenir le durcissement de cet excellent caustique qui, solide et souple, se moule exactement sur les parties à détruire. V. CAUSTIQUES.

Vins ferrugineux. L'incompatibilité du fer et du tannin a fait regarder leur solubilité comme impossible jusqu'ici. Et cependant, dit M. Dannecy, l'existence du fer dans les vins de Bordeaux n'est plus douteuse. Amené ainsi à rechercher le secret de cette combinaison naturelle, il est arrivé à cette conclusion qu'elle est due à la faveur de l'acide que renferment les vins rouges. On peut ainsi ajouter 10 et 20 grammes de sulfate de fer à un litre de vin rouge sans apporter aucune modification dans sa couleur ni dans sa limpidité. Une expérience encore plus concluante, c'est qu'une solution acide de tannin n'est ni colorée, ni précipitée par le sel de fer et même des infusions ou décoctions de noix de galle, d'écorce de chêne, de quinquina, de ratanhia. Ces faits autorisent à ajouter à l'histoire du tannin qu'il ne colore ni ne précipite les solutions de protosels, que si elles sont neutres.

De cette observation très-curieuse et toute nouvelle, on peut admettre comme très-facile et pratique la préparation du vin et du sirop de quinquina ferrugineux, dont la réalisation peut aujourd'hui entrer dans le domaine des faits acquis et devenir le secret de tout le monde. Le praticien pourra même varier les rapports du quinquina et du fer dans ces préparations pharmacologiques. (*Bull. de thérap.*, n° 8.)

Goudron. Beaucoup de médecins, considérant le goudron comme une mine inépuisable, dit M. Deschamps, pharmacien de la maison de Charenton (*Bulletin de thérap.*), conseillent

tout simplement de mettre ce corps dans un vase, avec de l'eau, d'agiter ou non, et de remplir chaque fois que l'on boit jusqu'à épuisement du goudron, c'est-à-dire jusqu'à coloration du liquide.

Ce procédé, on le comprend, est contraire à toutes les règles de l'art. Le goudron cède ainsi non-seulement sa résine, mais l'huile pyrogénée, les acides phénique, acétique, butyrique, et tous les autres principes qu'il contient. Les plus solubles facilitent la dissolution de ceux qui le sont moins, et l'on a ainsi un composé dont les éléments contraires s'annihilent réciproquement. Voici donc la formule qu'il propose pour l'eau de goudron :

Goudron fluide	20	grammes.
Eau bouillante.	1000	—

Mettez le goudron dans un pot de faïence, versez dessus un peu d'eau bouillante, agitez vivement pour le diviser, ajoutez le reste de l'eau, laissez refroidir et filtrez.

Un verre de 150 grammes représente l'infusé de 3 grammes de goudron. Voy. INJECT. S. CUTANÉES.

Nitrate ou azotate d'argent. Des recherches faites par M. Deniau sur les différents modes pharmaceutiques de préparation de ce sel pour l'usage interne, il résulte que les pilules au kaolin, à la terre de pipe ou au bol blanc, sont une des meilleures formules pour son administration. Le sel argentique s'y trouve en effet à l'état de pureté ; mais, par son action caustique, il peut déterminer des troubles sur la muqueuse gastro-intestinale et produire des douleurs assez vives, et d'autre part, sous cette forme, la présence de quelques chlorures suffit pour en empêcher l'absorption; il convient de leur préférer la potion du professeur Délioux, en remplaçant le chlorure de sodium par le bromure de potassium selon la formule suivante :

♃ Blanc d'œuf.	nº 1
Azotate d'argent.	0 gr. 50 centigr.
Bromure de potassium . . .	1 gr. 25 centigr.
Sirop de sucre.	120 gr.
Hydrolat de menthe	100 gr.
Eau distillée.	780 gr.

Mêlez.

Cette solution d'un litre, conforme au *Codex* et contenant un centigramme par 20 centimètres cubes, peut se conserver pendant plus de deux mois sans altération. Elle s'administre par

cuillerée à bouche sans déterminer aucun symptôme de douleur ni d'intolérance; son absorption est facile et rapide, et la forme liquide permet d'administrer le médicament à des malades qui ne pourraient avaler les pilules; la peau n'en est pas tachée, la saveur métallique est presque nulle, le dosage en est facile, et elle offre les conditions de stabilité que l'on doit exiger de tout produit pharmaceutique; tout milite donc en sa faveur et lui donne la préséance sur les préparations argentifères employées jusqu'à ce jour. (*Journ. de pharm. et de chimie*, août.)

PHILOSOPHIE. *Philosophie de la médecine*, par le docteur T.-C.-E. Édouard Auber. Un vol. in-18 de 185 pages. Germer Baillière.

Exposé rapide, sommaire, ou plutôt simple indication des principaux systèmes philosophiques de la médecine, concluant invariablement au vitalisme hippocratique, au naturisme qu'il développe et interprète comme le seul vrai. C'est la médecine traditionnelle stoïquement opposée au positivisme moderne; Cabanis contredisant Condillac, et Hippocrate proclamé le seul auteur de la véritable philosophie médicale. Un style vif, rapide, coloré, attachant, nourri d'une érudition savante, choisie, colligée, font de ce petit volume, extrait de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, un résumé des grands ouvrages de médecine hippocratique de M. Auber, aussi attachant à lire qu'utile à consulter.

Le vitalisme et l'animisme de Stahl, par Albert Lemoine, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure, un vol. in-18 de 206 pages. Germer Baillière.

Réédition corrigée, rajeunie de l'*Etude* sur Stahl et sa doctrine présentée à l'Académie des sciences morales et politiques dès 1855, et agréée par ce corps savant qui la publia dans ses mémoires. C'est une dissertation analytique et approfondie, raisonnée, surtout au point de vue historique et philosophique de la doctrine du célèbre professeur de Halle. Par sa lucidité et son étendue, elle fait connaître le raisonneur diffus, prolixe et le philosophe le plus obscur de son temps. Sous ce rapport, elle sera d'un grand secours au médecin philosophe qui trouvera ainsi condensée, concrétée en quelques pages, la doctrine de l'animisme, et le complément obligé du volume précédent.

The philosophy of Health (Philosophie de la santé), ou exposition des conditions physiologiques et sanitaires qui conduisent

à la longévité et au bonheur, par le docteur Southwood Smith, 396 pages in-8°, 7e édition, revue et augmentée. Londres.

Comment un livre qui a un tel succès et qui a pour but et pour effet de répandre dans la société des habitudes d'hygiène, de morale, n'a-t-il pas encore été traduit dans toutes les langues?

PHIMOSIS. Une modification du procédé de réduction employé par M. Mercier a été heureusement introduite par le docteur Brégeault de St-Pierre-lès-Calais, pour son application aux sujets dont le pénis est peu développé, notamment aux enfants. C'est de substituer l'index au pouce, et, grâce à cette modification, on peut obtenir un résultat vainement demandé aux procédés ordinaires.

Appelé à donner ses soins à un mousse qui, pour tromper les ennuis de la navigation, s'était livré à l'onanisme, il constata un étranglement considérable datant de trois jours; la tuméfaction, la teinte violacée du gland et du bourrelet préputial, ainsi qu'une ulcération grisâtre, située à la base du frein, faisaient craindre l'invasion de la gangrène.

Après une demi-heure de manœuvres infructueuses, le débrident semblait être la ressource ultime à mettre en usage, lorsqu'il modifia le procédé de M. Mercier, de la manière suivante :

Se plaçant à la gauche du malade et mettant l'index de la main gauche sur la face dorsale du gland, *l'ongle insinué autant que possible sous la bride préputiale*, tandis que le pouce de cette main était couché le long de la face inférieure de la verge, il saisit de l'autre main, perpendiculairement à l'axe du pénis, entre le pouce droit en dessous et les deux premiers doigts du même côté en dessus, la base du gland et le pouce gauche couché sous l'urèthre. Une traction lente, continue, amena bientôt le prépuce sur l'ongle de l'indicateur gauche et partant sur le gland. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, juin.)

Circoncision. Quand, malgré l'emploi de ce moyen, la réduction devient impossible, M. Tillaux ne croit pas que l'on doive attendre la guérison des chancres pour pratiquer la circoncision comme quelques auteurs le conseillent d'une manière trop absolue, par crainte de voir les lèvres de la plaie devenir chancreuses à leur tour. Il cite des exemples où des chancres ont ainsi détruit partie du gland et des corps caverneux avant

d'être découverts par le débridement ; mal bien plus grand que celui qu'il s'agissait de prévenir. L'hésitation n'est donc pas permise toutes les fois que le phimosis remonte à une époque éloignée, qu'un écoulement de pus abondant et incessant par l'orifice préputial, démontre qu'il y a là des ulcérations cachées, inconnues quant à leur nombre et leur étendue. Autrement le chirurgien est en présence de l'inconnu, et tout traitement topique est nécessairement très-imparfait, et la cicatrisation des chancres ainsi cachés est tout simplement impossible. Le phagédénisme dût-il s'ensuivre, qu'il ne faut pas hésiter à les découvrir. Des lotions astringentes sur les lèvres de l'incision pourront peut-être prévenir le phagédénisme. (*Bull. de thérap.*, juin.)

Phimosis accidentel. Par suite de la déchirure du frein, la négligence et le défaut de soins, un phimosis complet était survenu sans que l'emploi des émollients et des mucilagineux pût en opérer la réduction. Une abondante suppuration rendait l'opération indispensable, lorsque M. Costes, après une douzaine de jours de vaines tentatives, introduisit à l'orifice du prépuce 3 fois dans le jour et abondamment pendant la nuit la pommade suivante :

℞ Glycérolé d'amidon.	12 grammes.
Extrait de belladone.	2 —
Mêlez.	

Après trente-six heures d'usage, le malade et le médecin furent agréablement surpris de pouvoir faire glisser sans douleur le prépuce sur le gland. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, mai.)

PHLÉBITE. *Traitement chirurgical.* Suivant un mémoire lu à la *Royal med. and chir. Society* le 9 mai, par M. Lee, l'inflammation plus ou moins étendue du vaisseau ne serait pas le principal danger ; car elle ne serait que consécutive à son obstruction, son oblitération par le dépôt de la fibrine, à l'embolie en un mot. Il en trouve la preuve en ce que le caillot n'adhère ni en entier ni en partie à la membrane interne, et que celle-ci, contrairement aux autres membranes séreuses, est dépourvue de vaisseaux et ne sécrète pas le pus, sinon à la dernière période, lors de la dé-organisation complète du vaisseau de la

même manière que les cartilages. Le danger serait donc dans la présence du caillot lui-même au sein du torrent circulatoire, en ce que, par sa migration, il peut propager l'inflammation et la suppuration.

De là le traitement renouvelé de Hunter : la compression du vaisseau au-dessus du point enflammé pour s'opposer à la migration du caillot et favoriser l'union, l'adhésion des parois de la veine. Quand elle est située superficiellement, M. Lee a même eu recours à un moyen plus sûr et expéditif : la ligature et même la section sous-cutanée du vaisseau comme dans les varices. Sur 4 cas relatés, la compression a été employée une fois sur l'extrémité supérieure de la basilique, la ligature deux fois, la section une seule, en prévenant l'effusion du sang des extrémités par l'acupressure. Or, de ces trois moyens, c'est à ce dernier que M. Lee accorde la préférence. Les bouts de la veine divisée contractent bientôt, dit-il, une union intime, vasculaire, avec le tissu cellulaire environnant, sans suppuration, et après trois ou quatre jours, les aiguilles peuvent être enlevées sans danger d'hémorrhagie.

Cette distinction et ce traitement seraient d'une importance capitale s'ils étaient bien établis, mais la première semble plutôt une vue de l'esprit qu'un fait démontré, et le second ne repose que sur une expérience tout à fait insuffisante pour détruire les objections qui se présentent à l'esprit contre son emploi.

Phlébite adhésive. M. Cavasse en a constaté l'existence dans la veine ombilicale d'un avorton mort-né à 2 centimètres de l'ombilic. En ce point, le cordon diminue brusquement de volume, perd son apparence variqueuse : de cordon ombilical il devient cordon fibreux, blanchâtre, sans sinuosités, gros comme le tuyau d'une petite plume à écrire; pressé entre les doigts, il donne la sensation d'une matière fibrineuse. La peau de l'abdomen s'avance très-exactement autour de ce cordon ; par l'ouverture ombilicale qu'elle circonscrit, on ne pourrait pas introduire une sonde de femme.

En faisant la section du cordon à 1 centimètre du point où commence le rétrécissement, on trouve dans la veine ombilicale un caillot fibrineux, rouge et mou jusqu'au point rétréci, fibrineux, blanc et plus dur dans le rétrécissement, dont il a la forme, et qu'il occupe dans la moitié de son étendue; il est accolé aux parois de la veine, mais il s'en détache sans peine,

et l'on voit alors que les artères ombilicales sont normales et que le rétrécissement porte exclusivement sur la veine ombilicale; la lumière du vaisseau est à peine le tiers de ce qu'elle est dans les points non rétrécis, les parois en sont plus épaisses; la face interne est encore brillante, mais un peu dépolie. La gélatine de Wharton fait complétement défaut entre les vaisseaux.

La veine ombilicale, débarrassée de son caillot, est parfaitement perméable; un stylet y pénètre facilement ainsi que dans le canal veineux quoique son calibre soit moins volumineux que d'habitude. (*Gaz. des hôp.*, n° 37.)

C'est là une cause de mort du fœtus qu'il n'est permis de reconnaître ni de prévenir et qui n'est pas même indiquée dans les traités d'obstétrique.

PHLÉBOLITE. Nom donné en Angleterre, à des tumeurs solides formées de matières calcaires déposées dans les veines. Un exemple s'en est présenté récemment chez un jeune homme admis à l'hôpital Saint-Thomas pour être opéré d'une tumeur grosse comme une orange existant depuis plusieurs années sur le dos, et attribuée à un coup. Sous-cutanée, sans changement de couleur ni adhérences à la peau, insensible, sans pulsations ni élasticité, elle est prise pour une tumeur graisseuse, mais un abondant écoulement de sang veineux en nappe prouva aussitôt que c'était un nævus. Elle était formée de petits conduits ou sinus irréguliers, imbriqués dans le tissu musculaire, mais ayant une membrane fibreuse distincte paraissant en communication avec les veines voisines. Ils étaient remplis de concrétions calcaires depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un gros pois, faisant effervescence avec l'acide muriatique. On y trouvait mêlée de la fibrine décolorée et de petits caillots mous. (*Lancet*, 31 décembre.)

Suivant la *Gazette des hôpitaux*, ce serait là une tumeur érectile des muscles dont il y a peu d'exemples. Les concrétions décèleraient des phénomènes subinflammatoires antérieurs, et c'est ainsi qu'elle n'était le siége ni de pulsations, ni d'élasticité, et simulait une tumeur graisseuse. Sa réductibilité partielle s'explique par sa communication avec des veines volumineuses. Ce serait donc là un moyen de diagnostic, de ces tumeurs mixtes, quand les autres signes du lipôme font défaut.

PHLEGMON. *Caustiques.* Suivant la pratique constante de

M. Long, premier chirurgien de l'hôtel-Dieu de Toulon, M. Pasqualini, chef interne, rapporte 4 nouveaux cas de phlegmon diffus des membres traités par le caustique de Vienne. Dans le premier, le bras et l'avant-bras droit étant pris, et le siége d'une fluctuation profonde, avec phlyctènes, 8 cautères, placés sur quatre rangées longitudinales et circonscrivant en haut les dernières limites du mal sont appliqués, après quoi le membre enveloppé de coton est placé sur des coussins formant un plan incliné. Un mois après, le malade était guéri sans autre moyen ni suppuration que celle des cautères,

Dans la deuxième observation, une incision préalable, en rendant le diagnostic plus précis, n'a pas abrégé la durée du mal. 40 cautères environ ont seulement été appliqués.

Il y en a eu 130 autres au contraire, dans la troisième, contre un phlegmon du membre inférieur, et 70 dans la quatrième, le mal existant au bras et dans ces deux derniers, la suppuration par les cautères en se faisant abondamment, a rendu la guérison plus rapide.

Autant de succès que d'observations dans cette méthode. Et il n'est guère possible de douter de la nature du mal quand la fluctuation est constatée. Les deux conditions essentielles, pour être assuré du succès, c'est de ne pas économiser les cautères, en ne mettant pas plus de deux travers de doigts entre eux, et de dépasser la limite du mal en en appliquant 4 à 5 sur les parties saines. (*Gazette hebdomad.*, n° 34.)

PHOSPHORE. Voy. Empoisonnement.

PHOTOPHOBIE. Voy. Ophthalmie phlycténulaire.

PHTHISIE. Nosologie. Tenant compte des recherches anatomo-pathologiques et microscopiques récentes faites surtout à Strasbourg sur le tubercule, M. Feltz établit une nouvelle classification de la phthisie en deux ordres : phthisie conjonctive et phthisie épithéliale, selon que l'un ou l'autre des tissus de ce nom est affecté. De plus, chacune compterait quatre espèces différentes : tuberculeuse, granuleuse, purulente et cirrhotique, selon l'évolution du processus pathologique. Justifiées au point de vue anatomo-pathologique, surtout la dernière (voy. Cirrhose pulmonaire), ces distinctions le sont beaucoup moins clairement sous le rapport clinique, diagnostique, et leurs indications

thérapeutiques spéciales sont bien vagues, malgré les efforts de l'auteur (*Gaz. méd. de Strasbourg*, sept. et oct.). Ce n'en est pas moins là un bon travail à consulter en raison de la bibliographie qui le termine, et qui permettra à tout investigateur scrupuleux de s'éclairer personnellement sur ce sujet.

Phthisie granuleuse. Introduit par Bayle, ce terme a été remplacé depuis par les adjectifs galopante, suraiguë, épithéliale, miliaire, catarrhale, suivant le caractère des lésions anatomiques, décelé par le microscope. L'instrument qui devait tout éclaircir a jeté ainsi le trouble et la confusion sur ce sujet. De ce que l'on ne rencontre pas dans ces lésions le corpuscule tuberculeux, la granulation embryoplastique qui, d'après M. Robin, est l'élément caractéristique du tubercule, cette forme de phthisie ne serait pas tuberculeuse suivant lui. Mais, dit M. Soulier, il faut supprimer le mot tubercule et ne voir que le processus qui l'engendre, et qui, selon Virchow et M. Villemin, est toujours une malformation des éléments produits et régression rapide; c'est-à-dire une néoplasie pauvre du tissu conjonctif. Or, ces noyaux de tissu conjonctif en prolifération qui, d'après Virchow, forment les granulations de la phthisie granuleuse, sont absolument la même chose, d'après M. Cornil, que les cystoblastions, les corpuscules fibro-plastiques ou embryoplastiques que M. Robin y a rencontrés. L'interprétation seule diffère. La nature tuberculeuse de cette granulation ne peut donc être mise en doute, et voilà pourquoi ce terme doit être conservé. C'est une phthisie ordinaire à marche suraiguë. Le fait est certain, dans la majorité des cas, où l'on retrouve la lésion tuberculeuse type, la granulation embryoplastique et extrêmement probable dans ceux où des cellules épithéliales ou des éléments de pus concret composent exclusivement la granulation (*Journ. de méd. de Lyon*, avril). L'interprétation clinique, médicale doit toujours ainsi primer l'examen microscopique, lors même qu'il ne la confirme pas comme dans ce cas où ils se trouvent parfaitement d'accord.

Étiologie. Sur 1000 phthisiques dont 600 hommes et 400 femmes, observés par Smith, durant sept ans, et dont il note les faits les plus saillants, voici les résultats obtenus :

Age. L'âge moyen des hommes était 29,66 ans, des femmes 27,5. Un huitième avait moins de 20 ans. 3 0/0 passaient 50 ans ; 27 0/0 n'avaient pas atteint la trentaine.

La menstruation était apparue dans la majorité des cas entre quatorze et quinze ans. Chez 40 0/0 il y avait dysménorrhée, et le plus souvent le flux avait disparu. Chez 6 0/0 seulement, il était abondant.

La leucorrhée fut observée chez 42,2 0/0, l'épistaxis chez 11 0/0 et spécialement chez les hommes. Il n'y eut d'hémorrhoïdes que chez 2 0/0.

Mariage. Près de la moitié des malades étaient mariés; 13 0/0 des mariages étaient stériles; 44 0/0 avaient un ou deux en-fants; 55 de un à trois. Le nombre moyen des enfants de tous les phthisiques était de 4 et la mortalité de 38 0/0; c'est-à-dire 43,7 dans les familles des femmes et de 31,7 dans celles des hommes.

La faiblesse de la constitution des enfants des phthisiques fut constatée 43 fois 0/0, 4,87 pour les femmes et 37 pour les hommes. 46,2 0/0 des femmes phthisiques mariées avortèrent.

Professions. Le libertinage et la masturbation étaient fréquents chez les malades mâles. Les phthisiques accusaient souvent leur métier comme cause de leur maladie; c'est-à-dire 85 0/0 pour les hommes et 49 0/0 pour les femmes.

Ces chiffres se décomposent en ceux-ci :

Poussière et fumée	15,8	p. 0/0
Veilles excessives	29,5	—
Travail en position courbée	20,0	—
Chambres mal aérées	24,3	—
Refroidissement	32,1	—
Travail excessif	6,3	—
Causes diverses	6,4	—

15 0/0 seulement des malades avaient été saignés et plus de la moitié n'avaient eu qu'une seule soustraction sanguine. L'usage du mercure ne paraît pas avoir exercé d'influence sur le développement du mal.

25,4 0/0 des malades étaient très-sujets à la transpiration; le quart des malades ne portaient pas de flanelle.

Chez 28 0/0 des phthisiques, on put constater qu'ils étaient nés très-faibles.

32,7 0/0 n'avaient jamais eu d'hémoptysie. Beaucoup avaient eu dans leur jeunesse la rougeole, la coqueluche, la scarlatine et la variole.

Aucun des 600 hommes observés n'était rachitique; 0,5 0/0 seulement des femmes l'était. Les cas de pneunomie et de rhumatisme étaient fréquents.

21 0/0 étaient scrofuleux.

36 0/0 avaient passé la majeure partie de leur vie à Londres, tandis que 51 0/0 vivaient à la campagne.

Hérédité. Quant aux parents, 34 0/0 avaient perdu leur père, et 46 0/0 leur mère; 28 0/0 avaient perdu les deux parents, 25 0/0 possédaient encore leur père et mère. Aucune différence sous ce rapport entre les hommes et les femmes.

L'âge moyen des parents morts était de 50,8 ans, pour la mère de 49,2, pour le père de 52,9.

Dans la période antérieure à la naissance des malades, on a trouvé que chez 18 0/0 le père et la mère avaient été d'une santé faible, et cet état maladif était plus fréquent chez la mère. En examinant toute la vie des parents, on observa aussi que la mère était plus souvent malade que le père.

Les parents étaient morts l'un et l'autre de phthisie dans 21 cas sur 100 et 23 fois sur 100, les malades avaient perdu par la même maladie des frères et sœurs, 2,8 0/0 seulement avaient perdu leurs grands parents par la phthisie. La mortalité par phthisie pour les parents était plus élevée pour les femmes que pour les hommes.

Chez 8 0/0 seulement des malades, on put constater chez les parents l'existence d'affections scrofuleuses. Le rhumatisme et l'asthme, au contraire, étaient fréquents, le premier chez 22,1 0/0, le second chez 13,4 0/0.

Dans 6 cas 0/0 seulement, c'est-à-dire dans 0,6 0/0 les pères et mères étaient parents. L'âge des pères et mères à l'époque de la naissance des phthisiques était de 25 à 35 ans.

Les phthisiques avaient eu pour la plupart plusieurs frères, et le nombre moyen des enfants de leur famille était de 7,5 0/0. Seulement dans 5 0/0 des cas, les parents n'avaient eu qu'un seul enfant. Le professeur Mantegazza a observé de même cette fécondité extrême des parents des phthisiques, en Lombardie, 20 fois sur 100 le phthisique était le premier né, et les trois premiers nés formaient la moitié de tous les malades observés par Smith.

Les femmes avaient plus souvent que les hommes les cheveux noirs, tandis que les hommes avaient deux fois plus sou-

vent les cheveux blonds. L'iris était clair chez les trois quarts des malades.

La constitution musculeuse prédominait chez les femmes, tandis que les hommes étaient le plus souvent maigres. Souvent ils avaient habituellement froid aux extrémités.

Chez 72,5 0/0 des malades, le tempérament était excitable; chez 74,5 pour les femmes et 68,5 pour les hommes.

De l'action de quelques maladies aiguës sur la tuberculisation, par le docteur Revilliod, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 88 pages.

Du développement imprévu des tubercules et de la phthisie, par le professeur Trastour, de Nantes. Mémoire de 95 pages in-8°, extrait du journal de la Société académique de la Loire-Inférieure.

Coïncidence avec les affections utérines. Pour M. H. Bennett, qui l'a signalée depuis longtemps, cette connexion dépend de l'anémie, de la débilité produite par les affections utérines, et qui, en altérant les fonctions digestives et nutritives, prédisposeraient puissamment à la tuberculisation. C'est ainsi qu'il rapporte six exemples d'affections utérines chroniques, suivies de phthisie, et que plusieurs phthisiques au premier degré, arrivées à Menton, ont été trouvées réciproquement atteintes d'affections utérines dont elles n'avaient pas conscience. (*Lancet*, n° 21, et *Bull. de thérap.*, juillet.)

Suivant M. Braxton Hicks, cette étiologie de la phthisie serait exagérée, et d'après les cas invoqués on ne peut pas plus dire que les affections utérines concomitantes de la phthisie l'ont produite que celle-ci leur a donné naissance. Leur réaction mutuelle, en s'aggravant l'une l'autre, est un fait évident, mais ayant eu séparément leur point de départ spécial sous l'influence de causes particulières. (*Idem*, n° 23).

Cette appréciation semble trop juste pour y ajouter quelque chose.

Inoculation. Suivant de nouvelles expériences de M. Villemin, le persévérant et habile investigateur histologique *du tubercule, au point de vue de son siége, de son évolution et de sa nature* (Paris, 1862), la phthisie pulmonaire, comme les autres maladies tuberculeuses en général, serait une affection spécifique, inoculable, virulente, en un mot, comme la syphilis et, notamment, la morve et le farcin. C'est du moins ce qui résulte de

l'inoculation de lapins frères vivant dans les mêmes conditions d'hygiène et de nourriture, dont un seul était inoculé. Après trois à quatre mois d'attente, ces animaux étant sacrifiés, des granulations tuberculeuses se rencontraient dans la plupart des organes chez le sujet de l'expérience, tandis que l'autre ne présentait jamais aucun tubercule.

Ces expériences, dont la relation détaillée est fournie à l'appui, répétées de différentes manières sur un grand nombre de sujets, ont fourni constamment les mêmes résultats. Il n'est donc pas possible de les révoquer en doute ni d'en nier la portée. Des inoculations faites parallèlement avec la matière de la psorenterie d'un cholérique, du pus d'abcès phlegmoneux, d'anthrax, n'ont donné aucun résultat comparable. Il n'y a donc qu'à contrôler ces expériences en se plaçant dans les conditions identiques avec celles de l'auteur pour les répéter avec succès. Encore ne faudrait-il pas s'étonner que certaines inoculations n'échouassent; des substances incontestablement inoculables restent souvent sans effet, témoin le vaccin, bien que toutes celles tentées jusqu'ici aient réussi. Pour plus de sûreté, il est vrai, M. Villemin les a pratiquées deux fois sur le même animal, excepté chez le n° 4 de la deuxième série qui, n'ayant été inoculé qu'une fois, n'en a pas moins été tuberculeux. Enfin, il les a rendus tuberculeux, mais non phthisiques; car, tenant avant tout à constater le fait brut, sans se préoccuper des nuances qu'il peut offrir, il n'a pas laissé vivre assez longtemps ces animaux pour que la tuberculisation pût parcourir toutes ses phases. On comprend cette impatience devant des expériences toujours longues à aboutir au résultat attendu, pour prendre possession d'un fait d'une aussi grande importance.

Ne sachant à quel degré de son évolution le tubercule est le plus propre à l'inoculation, il a toujours pris la matière à inoculer sur deux granulations, l'une grise et l'autre au début de son ramollissement, en les choisissant, autant que possible, ailleurs que dans les poumons, afin d'être moins exposé à prendre des produits inflammatoires consécutifs plus communs dans ces organes que dans tout autre et sur des sujets morts seulement depuis vingt-quatre à trente-six heures. Avec un bistouri à lame étroite, une petite ponction sous-cutanée est pratiquée vers la base de l'oreille, et un petit fragment de substance tuberculeuse est insinué dans la plaie, après l'avoir un peu désagrégée en la triturant avec la pointe de l'instrument. Les phénomènes

locaux résultant de cette petite opération ont été les suivants :

Les deux ou trois premiers jours, rien n'est apparent : la piqûre d'inoculation est fermée par une petite croûte; mais ordinairement, vers le troisième, surviennent un peu de rougeur, de chaleur et de tuméfaction. Après trois ou quatre jours, il ne reste sous la piqûre qu'une petite nodosité mobile avec la peau qui la recouvre, se formant parfois sans rougeur, ni gonflement antérieur; puis elle grossit et, après un temps plus ou moins long, il se forme un pertuis à la peau par lequel s'échappe une matière puriforme blanche très-épaisse. La petite ouverture se ferme ensuite, le nodule s'affaisse, puis reparaît pour se vider encore, et ainsi de suite. Le premier lapin a eu un petit ulcère situé plus haut que la plaie d'inoculation, dû probablement à l'introduction de la sanie putride prise dans une caverne pulmonaire sans que ce phénomène se soit reproduit chez aucun autre.

Un processus morbide, qu'il ne faudrait pas prendre pour du tubercule dans les autopsies de lapins, consiste en de petits kystes existant dans le foie de presque tous les individus, kystes qui renferment souvent des corps oviformes analogues aux œufs de tænia, et qui, en dégénérant, prennent l'aspect et la consistance de petits tubercules jaunâtres.

Ainsi donc, la phthisie serait une affection *virulente*, *inoculable!* Que d'incrédulité cette assertion va rencontrer! (*Union méd.*, n° 147). C'est à l'expérimentation future à prononcer en répétant des expériences intéressantes de nature à faire revivre l'idée de la contagion de la phthisie et à jeter un grand jour sur les moyens à lui opposer.

Ce n'est pas la tuberculose que produit l'inspiration des poussières métalliques ou terreuses, suivant M. Feltz, d'accord en cela avec Clark et bien d'autres observateurs, surtout les plus récents. Fondé sur sept autopsies, il n'a observé qu'un état cirrhotique du tissu pulmonaire résultant de l'irritation éveillée dans les petites bronches par les poussières organiques ou inorganiques et qui ne peut se distinguer de la tuberculose que par le microscope. Voy. CIRRHOSE.

DIAGNOSTIC. Elle peut être simulée, du moins en partie, par l'existence d'un kyste hydatique. Voy. ce mot.

On the temperature of the body as a means of diagnosis in phthisis and tuberculosis (De la température humaine comme

moyen de diagnostic dans la phthisie), par le professeur Ringer. Brochure de 92 pages in-8°.

Fondé sur de très-nombreuses expériences dont 24 sont rapportées *in extenso*, l'auteur conclut que la température du corps peut révéler le développement de la tuberculose avant que les signes physiques permettent de la diagnostiquer et d'en suivre, d'en constater de même les progrès sans que les complications, la bronchite, l'albuminurie, puissent en imposer. Ce serait donc là un nouvel élément précieux de diagnostic pour le médecin praticien.

Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire. Thèse inaugurale soutenue à la Faculté de Paris, par M. G. Julliard, et ayant remporté un prix au concours annuel. 76 pages grand in-8° avec deux planches.

Un exposé complet des signes différentiels avec les diverses ulcérations de la bouche, syphilitiques, cancéreuses, etc., distingue surtout cette dissertation inaugurale. Elle servira utilement au diagnostic.

Dyspepsie prodromique. Sur 50 cas de phthisie pulmonaire non douteuse, M. Symes Thompson, médecin de l'hôpital *for consumption*, a noté qu'il y avait eu des symptômes prémonitoires dyspepsiques chez la moitié des malades. La toux fut le premier symptôme dans le quart des cas et dans un huitième, une respiration courte.

Une faiblesse générale des fonctions digestives en rapport avec l'état de la constitution est la forme la plus commune dans la phthisie *héréditaire*. Les aliments sont difficilement digérés et produisent une sensation de plénitude, de poids avec douleurs à l'épigastre et entre les épaules. Il semble que le suc gastrique soit trop aqueux pour agir convenablement. L'acidité des liquides gastriques, qui existe toujours dans la phthisie selon le docteur Bennett, expliquerait la digestion difficile des matières grasses si elle était constatée d'une manière positive.

Dans une autre forme, la dyspepsie s'accompagne dès le début de céphalalgie frontale, puis de violents efforts de vomissement comme dans la migraine. Ces symptômes s'amendent avec les progrès de la tuberculisation. Son développement paraît donc bien en être la cause. C'est pourquoi il faut les combattre par un traitement rationnel tout en s'occupant de l'état général. (*Th. med. Mirror*, 1864.)

Fréquence chez les soldats. Dans une statistique décennale de la mortalité par phthisie à Metz de 1850 à 1860, M. le docteur Saunois a trouvé une mortalité totale de 1448 sur une population moyenne de 50 000 âmes, les deux nombres annuels extrêmes, variant de 120 à 181. Le maximum des décès a eu lieu au printemps, le minimum en automne, ce qui s'accorde avec les données des autres grandes villes.

Mais tandis que la moyenne de mortalité est de 1 : 9,9 ou environ du dixième pour la population civile, elle est de 1 : 3,9, soit du quart pour la population militaire, d'où il faudrait conclure avec M. Boudin, que la vie de caserne favorise le développement de la phthisie. Une seule considération peut atténuer cette interprétation : c'est l'âge de vingt à trente ans de la généralité des soldats, âge où se développe cette maladie, tandis qu'il en est autrement de la ville (*Soc. méd. de Metz*). Il s'agirait de comparer suivant les âges la mortalité dans la ville et dans la caserne; ce travail, suivi pendant quelques années, suffirait à donner la solution du problème.

Traitement. *Séjour à Eaux-Bonnes.* La supposition très-probable émise depuis longtemps par différents climatologistes et par nous-mêmes que l'altitude des principales sources thermales des Pyrénées n'était pas étrangère aux bienfaits que les phthisiques en éprouvaient, a été confirmée par les recherches comparatives de M. Schnepp, quant au séjour d'Eaux-Bonnes en particulier.

A Laruns, Bagès et Eaux-Bonnes, situés à 521,600 et 780 mètres d'altitude dans les Basses-Pyrénées, il n'y a eu, en deux ans, sur 3519 habitants, que 5 décès par phthisie, dont 3 de provenance étrangère. Les deux autres appartiennent à la même famille où la phthisie est héréditaire. Ce bienfait lui paraît devoir être en rapport avec une température assez basse, dont le maximum ne s'élève guère au-dessous de 12 à 15, et qui peut descendre sans préjudice au-dessous de 0 ; ce qui expliquerait comment cette altitude a besoin d'être moins élevée dans les régions tempérées, les Alpes, la Suisse, les Pyrénées, par exemple, que dans les régions tropicales où il faut s'élever jusqu'à 2000 mètres et plus (*Acad. des Sciences*). Cette théorie s'accorderait aussi avec la rareté observée dans les régions froides, comme en Sibérie, en Islande et aux îles Feroe; rareté attribuée ici, non à l'abaissement de tempéra-

ture, mais à sa fixité. La diminution de la pression atmosphérique et de l'oxygène explique aussi le bénéfice des altitudes par le repos qu'éprouvent les poumons, la diète respiratoire en un mot, dont M. Sales-Girons a été l'initiateur. Ainsi se trouverait confirmée à posteriori la nocuité des pays chauds.

M. Schnepp est arrivé aux conclusions suivantes :

La station thermale d'Eaux-Bonnes se rapproche des conditions thermiques des altitudes où la phthisie est absente par les mois les moins chauds, au printemps et à l'automne.

La pression de l'air diminue d'une manière presque régulière, suivant les hauteurs où la phthisie est absente, ainsi qu'aux Eaux-Bonnes, en donnant lieu à une accélération plus grande des mouvements respiratoires.

Par son état hygrométrique et l'abondance des pluies, cette station thermale se place près des altitudes où la phthisie est rare : elle ne convient pas moins aux poitrinaires par le calme de son atmosphère.

En présence de l'immunité des altitudes contre la phthisie et des avantages que les poitrinaires paraissent éprouver par un séjour prolongé sur les plateaux élevés des Andes et des Indes orientales, il est à désirer que les hauteurs de nos Cévennes, des Pyrénées, des Alpes, et surtout les parties élevées de nos possessions algériennes, soient étudiées sérieusement au point de vue du traitement de la maladie de poitrine. (*Arch. de méd.*, juillet.)

En soumettant quelques malades à la cure du galazyme, M. Schnepp a observé une augmentation de poids rapide et considérable qui tend à prouver que ce moyen favorise l'assimilation, fait considérable chez les phthisiques. Voy. GALAZYME.

Fer. D'un long mémoire, appuyé sur plus de 200 observations personnelles, envoyé à la Société de médecine de Toulouse, par M. le docteur Millet (de Tours) en réponse à cette question : *Déterminer par des faits cliniques, les indications et les contre-indications des préparations ferrugineuses, soit isolées, soit combinées dans le traitement de la phthisie pulmonaire* et couronné par ce corps savant, il conclut que le fer, n'étant pas un spécifique de cette affection, doit toujours être associé ou combiné avec d'autres médicaments pour agir avec succès. Les phthisiques de constitution strumeuse, molle, lymphatique, à chair flasque, habitant les contrées froides, brumeuses, septentrionales, et chez lesquelles la forme strumeuse prédomine sans réaction fébrile

s'en trouvent particulièrement bien. Elles sont contre-indiquées dans tous les autres cas. L'huile de squale iodo-ferrée est la meilleure; le protoïodure paraît prédisposer aux hémoptysies contre lesquelles les dragées de fer et d'ergot de seigle sont très-utiles. Toutefois le fer, sous quelque forme que ce soit, n'a pas guéri un seul phthisique; on ne peut même affirmer qu'il ait amendé certains phénomènes ni retardé la terminaison fatale, car sur 130 cas où il n'a pas été employé, les mêmes améliorations sont survenues. (*Bull. de la Soc. méd. de Toulouse*, n°s 4 et 5.)

Le docteur Dobell remplace l'huile de foie de morue par une émulsion de graisse de porc, d'axonge, dont il donne un once environ à chaque phthisique par jour dans une pinte de lait pendant deux mois. L'assimilation est ainsi beaucoup plus prompte et plus facile. Sur 16 phthisiques aux divers degrés qui en ont fait usage sans aucun dégoût, tandis que l'huile de foie de morue n'était supportée que par l'un d'eux, 14 en éprouvèrent de l'amélioration dans l'état général et les signes locaux, 2 seulement n'en éprouvèrent pas d'effet favorable. (*Lancet*, juin et nov.)

C'est l'usage de la viande crue de mouton ou de bœuf réduits en pulpe en la pilant et en la passant dans un tamis pour la débarrasser des parties tendineuses que préconise M. le professeur Fuster. Ainsi préparée, il l'administre en bols roulés dans du sucre ou en pulpe sucrée par cuillerée à café, à la dose de 100 à 300 grammes par jour. Employée contre la phthisie pulmonaire et d'autres affections caractérisées par un état de consomption générale dans ses salles de clinique à Montpellier, cette médication a donné d'assez belles *espérances* pour obliger le savant professeur à la faire connaître.

Rien de nouveau dans cette médication. Les tablettes de musculine de M. Guichon, pharmacien à Lyon, et la marmelade de Reveil à l'hôpital des Enfants, sont exactement la même chose. Seulement l'administration n'en était pas aussi spécialisée aux affections phymiques.

Mais le côté original de cette méthode de traitement, c'est qu'elle doit être accompagnée de l'usage de l'alcool à petite dose, soit 100 grammes à 20° Bé. dans 300 grammes d'eau sucrée, dont on donne une cuillerée à bouche d'heure en heure. La combinaison de ces deux moyens est indispensable pour leur succès, l'action reconstituante du premier étant secondée,

activée par celle du second sur les organes de l'hématose. (*Acad. des Sc.*)

Il est indispensable de détruire préalablement le dégoût, l'oppression, la diarrhée, la répugnance pour tout traitement qui se manifestent souvent dans ce cas par un vomitif avec l'ipécacuanha ; de combattre simultanément les sueurs et l'action locale par un cautère potentiel de même que l'insomnie et tous les autres symptômes qui peuvent survenir. (*Union méd.* n° 87.)

Ces assertions trouveront assurément beaucoup d'incrédules. Nous devons à la vérité de dire pourtant avoir vu chez une jeune phthisique au troisième degré, et dont nous n'attendions plus que le dernier soupir, sous l'influence d'un traitement analogue, l'assimilation renaître et se manifester par l'engraissement, les forces revenir et tous les symptômes s'améliorer, au point de faire croire en apparence à la guérison. Mais on ne réussit qu'à prolonger la vie de six à sept semaines.

Bains et inhalations de vapeur térébenthinée. Prenant en considération les bons effets traditionnels du séjour dans les forêts de bois de pins pour les phthisiques, les faits confirmatifs modernes des vapeurs de goudron de M. Sales-Girons, des bains résineux du docteur Ireland d'Édimbourg, du docteur Vood de Philadelphie sur les inhalations térébenthinées, etc. M. le docteur Chevandier de Die a importé celles-ci en France. Encouragé à cet égard par la pratique vulgaire du *four à poix*, où les habitants de la Drôme venaient se guérir avec les copeaux d'une espèce de pin qui croît sur le mont Glandaz, d'une élévation de 2000 mètres, il se sert à cet effet des copeaux de ce pin mugho. Exposés pendant une demi-heure au soleil, puis trempés dans l'eau froide, ils sont jetés sur une grille à gouttière et en plaçant dessous la lampe à alcool, mèches allumées, l'atmosphère de la pièce est bientôt saturée de ces vapeurs résineuses qui sont en général assez bien tolérées par les bronches les plus délicates. (*Gaz. méd. de Lyon*, nos 14 et 15.)

Un rapport favorable de M. Gibert, à l'Académie de médecine, ne peut que favoriser l'usage de ce traitement à domicile. Plusieurs succès rapportés par l'auteur le feront certainement essayer dans la phthisie, le catarrhe pulmonaire, la goutte, la gastralgie, et notamment contre les éruptions squameuses de la peau. (*Acad. de méd.*, juin.)

Quant au principe médicamenteux, on l'attribue à l'ozone qui se développe des bois résineux. On sait que les pins et les sapins laissent échapper par leurs feuilles un corps qui agit sur le papier ozonométrique, comme le docteur Ireland l'a constaté et M. Chevandier aussi. Il paraît que sous l'influence de la chaleur, les huiles essentielles, la térébenthine en particulier, absorbent une quantité considérable d'oxygène qu'elles restituent après lui avoir donné beaucoup des propriétés de l'antozonide. Obéissant à son affinité pour le sang, ce gaz y pénètre ainsi modifié par les poumons et la peau et y produit les effets observés. C'est ainsi que les malades sont en état de supporter une température de 70° dans les bains de vapeur résineuse, tandis qu'ils supportent à peine 33 degrés à l'hôpital Saint-Louis.

Deux nouveaux cas de guérison par les cautères potentiels *loco dolenti*, observés par le docteur Riembault, ont été relatés à la *Société de médecine de Saint-Etienne.* Mais chercher à démontrer cette curabilité, c'est vouloir enfoncer une porte ouverte. Qui n'a observé de ces cas où des tubercules manifestes laissent vivre plus ou moins longtemps? C'est à déterminer le genre ou plutôt l'espèce de phthisie qui a ce privilége de rester locale, latente, n'excitant de retentissement que par intervalles, sans amener la mort, qu'il convient de s'appliquer aujourd'hui. On l'a appelée phthisie chronique, scrofuleuse, crétacée. Peut-être y aurait-il lieu de revenir, à cet égard, sur quelques-unes des nombreuses divisions établies par nos devanciers. Il faut que le microscope et la clinique s'accordent à en trouver le caractère distinctif. Attendons !

Sueurs colliquatives. Depuis dix ans, M. Rodolphi emploie avec succès la poudre suivante :

℞ Bicarbonate de soude.	50 centigrammes.
Fleur de soufre.	14 —
Magistère de bismuth.	

Un paquet toutes les deux heures. Continuée exactement pendant quatre à cinq jours, cette poudre suspend sinon diminue ces sueurs si pénibles ainsi que l'expectoration, en améliorant l'état général des malades tuberculeux ou catarrheux, sans aucune aggravation de la dyspnée. Un peu de soif en est l'unique résultat. *L'oidium albicans* disparaît pendant son emploi ; mais les estomacs délicats ne peuvent la supporter. (*Gaz. med. Lombarda*, n° 1.)

Aux préparations de plomb ou d'agaric qui ne sont pas toujours employés sans inconvénient, M. Druitt substitue les lotions d'eau aussi chaude que le malade peut la supporter sans se brûler la peau. On les pratique sur les endroits où la sueur se montre primitivement comme le front, la poitrine, et l'on sèche rapidement avec un linge sans frictionner. On obtient ainsi de très-bons résultats sans fatigue ni danger pour les phthisiques. (*Med. Times*, mars.) C'est avec de l'eau vinaigrée, à la température actuelle de l'appartement, au contraire, que M. Fuster dit obtenir cet effet.

Thérapeutique de la phthisie pulmonaire basée sur les indications, ou l'art de prolonger la vie des phthisiques par les ressources combinées de l'hygiène et de la matière médicale, par J. B. Fonssagrives, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie de médecine; un vol. in-8 de 450 pages.

PHYSIOLOGIE. **Fonctions du cervelet.** D'une étude rétrospective des données actuelles de la physiologie expérimentale sur les centres nerveux de la vie psychique, le docteur de Renzi conclut que le cervelet n'est le siége d'aucune faculté intellectuelle; ce n'est ni un organe de perception sensitive, ni un organe moteur, mais bien un appareil de puissance nerveuse à la disposition de l'intelligence et par suite soumis à l'action du cerveau; il exerce immédiatement son influence sur les sens et indirectement sur les mouvements et sur l'intelligence. En effet, il agit sur les sens, et par là rend les sensations claires et distinctes, en perfectionnant les sensations, il règle et coordonne les mouvements volontaires et contribue ainsi à faire parvenir à l'intelligence de bons matériaux sensibles que celle-ci peut utiliser.

En d'autres termes, le cervelet est la condition physique et matérielle pour l'application complète de l'attention vers la contemplation du monde extérieur. Lorsque nous faisons attention à un objet situé hors de nous-mêmes, nous activons, au moyen de l'innervation du cervelet, nos sens qui acquièrent ainsi la faculté de recevoir l'impression dans toute sa plénitude et sa vivacité.

En un mot, le cervelet est l'organe de l'attention sensitive. (*Ann. univ. di med.*, nov. et déc. 1864.)

Racines antérieures. Contrairement au rôle que Ch. Bell a assigné aux cordons latéraux de la moelle sur la respiration, et que M. Schiff a confirmé par des vivisections, M. Charcot n'a pas observé de troubles fonctionnels respiratoires chez des femmes hystériques dont la partie cervicale et latérale de la moelle était frappée de sclérose à l'autopsie. Divergence à ajouter à celles qui se rencontrent entre l'observation clinique et la physiologie expérimentale. (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, janvier.)

Greffes animales. En continuant ses intéressantes expériences à ce sujet, M. P. Bert les a vu complétement réussir dans les nouvelles conditions suivantes : Il a coupé la queue de rats adultes et jeunes, et après les avoir exposées durant soixante-douze heures à une température de 7 à 8°, puis de 16°, à une température humide de 57, et après une dessiccation complète et l'exposition consécutive à une température sèche de plus de 100°, dépouillées et insérées sous la peau d'autres rats, il les a vues vivre et réussir complétement sous ce triple critérium de leur succès : provenant d'un jeune non encore développé, la greffe a continué à acquérir des dimensions adultes; elle a subi les modifications pathologiques générales, surtout dans la moelle des os par une transformation fibreuse et une injection poussée dans le cœur de l'animal, a pénétré dans cette greffe. Les propriétés vitales des tissus persistent donc malgré ces étranges épreuves de destruction et de mort. (*Acad. des Sc.*)

M. Mantegazza a greffé, sur plusieurs classes d'animaux, presque tous les organes. Il a vu des tissus atteints de la dégénérescence grasse ; d'autres végètent dans le nouvel organisme du y contractant des adhérences par de nouveaux vaisseaux et en tissu conjonctif. Dans la grenouille, le testicule continue à produire des zoospermes, et l'estomac, après avoir contracté des adhérences vasculaires, produit toujours du mucus et du suc gastrique. Après vingt-sept jours, il a pu obtenir des digestions artificielles parfaites avec l'estomac greffé.

La rate peut vivre longtemps dans un autre organisme chez les batraciens et peut même augmenter de poids.

L'ergot du coq peut vivre l'espace de huit ans dans l'oreille d'un bœuf, en acquérant le poids de 396 grammes.

Il a greffé la fibrine pure, sans globules rouges ni blancs, et

l'a vue s'organiser, se transformer en pus, tissu conjonctif, cellules granuleuses et nouveaux vaisseaux. En variant les expériences de mille manières, en étudiant l'organisation du sang greffé ou arrêté dans un vaisseau, il a pu se persuader de la fausseté du principe histologique de l'école de Berlin : *Omnis cellula ex cellula.* La fibrine est un principe immédiat de l'organisme qui, d'elle-même, par le contact avec les tissus vivants, peut s'organiser. (*Idem.*)

Chaleur humaine. Sa source si mystérieuse et controversée est, d'après le docteur Levey, dans le frottement continuel des molécules sanguines résultant de la rapidité de la circulation artérielle, se fondant à cet égard sur ce que plusieurs liquides peuvent être échauffés par l'agitation (*The med. press.*, août). Cette théorie est si simple et naturelle, physiologique peut-on dire, qu'elle a déjà été émise en 1850 dans une brochure intitulée : *Vital Heat*, par M. Parker, et sans doute par beaucoup d'autres auparavant; mais le développement ne permet pas même de la discuter : on ne peut que l'enregistrer à côté des autres.

Température cutanée. Contrairement à la règle qu'elle diminue graduellement du centre à la périphérie, le docteur de Renzi conclut de nouvelles recherches sur ce sujet, comme une exception éclatante, que celle de la paume de la main fermée est égale à celle du creux axillaire. La partie interne du pied y fait aussi exception. Si celle des membres supérieurs est toujours au-dessus de celle des membres inférieurs, on remarque aussi que la partie interne est plus chaude que la partie externe.

Enfin cette température varie aux différentes heures du jour sans aucune des causes qui peuvent la faire changer comme l'exercice, la lumière, l'excitation, les émotions. Ainsi elle s'élève dès la première heure du jour jusqu'à deux heures après midi pour diminuer ensuite constamment. Cette différence est de deux degrés, et plus surtout chez les jeunes animaux. (*Filiatre Sebezie.*)

Puberté. En comparant les statistiques publiées sur l'âge de la puberté des femmes en France, les différences présentées par l'âge moyen des femmes observées n'ont pas toujours paru, à M. le docteur G. Lagneau, être en rapport avec les différences

de latitude, de température et d'habitation soit à la ville, soit à la campagne.

En effet, les femmes de Lyon arriveraient plus tard à la puberté que celles des Sables-d'Olonne, ville située plus au nord et même que celles de Paris, de 3° plus septentrional. Au contraire, quoique habitant des régions situées sous le même degré de latitude et peu différentes sous le rapport des températures moyennes, les femmes de la campagne, observées à Strasbourg, ne deviendraient pubères que quinze mois plus tard que les femmes de la campagne observées à Paris.

D'où le savant anthropologiste conclut que cette diversité peut bien tenir quelquefois à la diversité des éléments ethniques si nombreux, qui ont concouru à la formation de la nation française. De même que certaines races animales ont un développement plus ou moins rapide, les races humaines sembleraient être de même plus ou moins précoces. (*Acad. des sciences.*)

Murmure respiratoire. Il est produit, selon le docteur Waters, par une membrane valvulaire existant à l'entrée des vésicules pulmonaires, et qui en est comme l'expansion, par le rétrécissement qu'elle produit à l'entrée de l'air. Il en trouve la preuve démonstrative par la relation de la cause et l'effet. Ainsi, chez les enfants où cette membrane est très-développée, le murmure respiratoire est plus fort, plus marqué que chez l'adulte, d'où le nom de *respiration puérile*. Chez le vieillard, au contraire, où elle est à peine marquée et n'existe pas même dans beaucoup de cas, le murmure respiratoire est moins sensible, souvent nul. Enfin, dans l'emphysème où elle est détruite, on sait les changements que subit la respiration. (*British med. and chir. Review*, janvier.)

C'est le mécanisme des bruits du cœur, appliqué à la respiration. Si l'on pouvait ainsi connaître la cause réelle du murmure respiratoire, nul doute que le diagnostic des affections pulmonaires en serait encore simplifié.

Siége des combustions respiratoires. Voy. Sang, Cœur, Érection, Déglutition, Pneumographie, Bouls, Rate.

Mouvement circulaire de la matière dans les trois règnes, tableaux comprenant un aperçu des fonctions nutritives dans les êtres organisés, par M. le professeur Longet, membre de l'Institut, avec 2 fig. color. carton Germer Baillière.

C'est la démonstration graphique et saisissante, synthétique, claire et précise, rendue ainsi palpable et évidente, de tous les grands phénomènes physiologiques, dans ce qu'ils ont de plus savant, d'élevé et de connu jusqu'à ce jour, composant la vie dans les trois ordres de la nature pour montrer leur dépendance réciproque, et le mouvement circulaire de la matière qui se fait par leur intermédiaire. Le règne végétal ne saurait exister sans le règne minéral, ni les animaux sans les végétaux. Et de même les animaux rendent ensuite à la terre tout ce qu'ils en ont pris par l'intermédiaire des végétaux. Cette explication est rendu compréhensible et comme élémentaire par deux schémas coloriés et des légendes explicatives qui rendent ces tableaux intelligibles, non-seulement aux médecins, aux naturalistes, mais à toutes les personnes instruites. C'est pour ainsi dire la synthèse obligée et facilitée des études d'histoire naturelle, bien propres à en fixer à jamais les lois dans l'esprit.

Leçons sur les propriétés des tissus vivants, faites à la Faculté des sciences de Paris en 1864, par M. Cl. Bernard, recueillies et publiées par M. Em. Alglave. Un vol. in-8°, de 500 pages environ, avec 94 figures intercalées dans le texte. Germer Baillière.

L'irritabilité, l'élément contractile et l'élément nerveux sont les trois sujets traités dans ce volume. C'est dire qu'ils ont tous les développements historiques et expérimentaux exigés par la science la plus positive et la plus étendue. Tous les éléments indispensables à la solution de ces grands problèmes, au point de vue de la physiologie moderne, s'y trouvent consignés dans ce style clair et précis qui est l'attribut de la vraie science. La conférence faite à la Sorbonne, le 27 mars, *sur la physiologie du cœur*, par l'illustre professeur, termine ce volume qui est ainsi, sur ces divers points, comme la légende explicative *in extenso* des tableaux et des planches précédentes de M. Longet.

Introduction à l'étude élémentaire de la physiologie, par le professeur Tournier, de Besançon, opuscule de 88 p. in-12, qui, sans être une méthode nouvelle d'enseignement de cette science, en relie parfaitement et en classe toutes les parties.

Lezioni di frenologia (Traité d'anatomie et de physiologie du cerveau des animaux et de l'homme), par Phil. Lussana, professeur de physiologie expérimentale à l'Université de Parme, grand in-8°, avec 10 planches lithographiées, Parme.

Lehrbuch der Physiologie des Menschen (Traité de physiologie de l'homme), par le docteur Wundt ; Erlangen.

Cet ouvrage, en cours de publication par livraisons, est destiné à la fois aux médecins et au public lettré.

Considérations sur le développement du tissu osseux et les lésions élémentaires du cartilage et des os, par le docteur Ranvier, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Académie de médecine de Paris. In-8° de 72 pages et une planche contenant 8 figures.

Physiologie de la voix et de la parole, par le docteur Edouard Fournié. Un volume in-8°, de 820 pages, avec figures dans le texte.

PLACENTA. Voy. Dystocie.

PLAIES. Plaies pénétrantes du genou. Sur l'initiative de M. Verneuil, une discussion s'est élevée sur ce grave sujet à la *Société de chirurgie*. Appelé à traiter le docteur Beaumont (de Montmartre), qui venait de recevoir, dans sa voiture, un coup de pied de son cheval sur le genou gauche, ayant produit une fracture presque transversale de la rotule avec plaie cutanée de 3 centimètres, il avait réuni immédiatement cette plaie avec la suture et le collodion. Mais un épanchement rapide de sang et de gaz dans le tissu cellulaire rendit cette occlusion vaine. Il fallut enlever les sutures, pratiquer des débridements multiples, et malgré tous ces soins consécutifs, la mort survint dès le sixième jour. Emu de ce fait, le savant chirurgien venait soumettre sa conduite à ses collègues et leur demander leur avis en pareille circonstance.

L'emploi des sutures est mauvais suivant MM Dolbeau, Marjolin et Legouest, comme étranglant les tissus et l'usage des bandelettes est préférable. Mais de grandes autorités ont au contraire substitué celui-là à celui-ci, avec avantage. L'occlusion est de même contre-indiquée pour M. Marjolin, quand il y a contusion des tissus comme facilitant la résorption purulente. Le mieux est de laisser libre cours aux liquides. La méthode suivie n'est applicable, pour M. Legouest, que quand les os ne sont pas atteints ; dans ce dernier cas, la résection ou l'amputation sont inévitables à cause de l'arthrite suppurée qui doit arriver infailliblement. Les succès contraires sont tout exceptionnels. Les réfrigérants, glace ou irrigations continues, ne réussissent presque jamais.

Mais M. Richet montre par cinq succès obtenus en 1848, que les idées de M. Legouest sont trop exclusives, et que les plaies pénétrantes du genou avec lésions osseuses peuvent guérir. Ces succès seraient donc assez fréquents.

Tout le danger de la fracture pour M. Perrin, est dans l'éclatement, la comminutivité des os. Quand l'os est seulement traversé par le projectile, le danger est bien moins grave, ainsi que l'a vu M. Demarquay en 1848. Tous les blessés de cette sorte guérissaient parfaitement.

Il faudrait au moins y joindre l'épanchement de sang dans l'article et la présence de corps étrangers comme tout ce qui vient compliquer la fracture d'après M. Salmon. Ces complications seules en font le danger et indiquent l'amputation ; autrement ces plaies guérissent par les antiphlogistiques. Aussi les divise-t-il seulement en simples et compliquées.

Cette discussion a provoqué l'envoi de plusieurs cas de guérison par MM. Mascarel, de Chatellerault, et Aubry, de Rennes, notamment celui de M. Monteils, de Mende, où malgré une arthrite suppurée, la guérison eut lieu par le drainage. Mais tous ces faits favorables ne peuvent établir la véritable thérapeutique de cette grave lésion, ils n'en font voir que le beau côté, a dit justement M. Verneuil. Il faut multiplier les catégories et les divisions pour arriver à des résultats comparables, soit pour le pronostic, soit pour le traitement.

On ne pourrait même poser d'indications précises à cet égard, suivant MM. Giraldès et Marjolin, que suivant les cas particuliers. On ne saurait déterminer d'une manière fixe, invariable, la conduite du chirurgien dans tel ou tel cas. Elle est subordonnée aux indications du moment. Le danger des sutures sur des bords contus, meurtris et l'emploi de la glace sont la seule loi, les irrigations avec de l'eau à 15, 18 ou 20 degrés centig. sont préférables. (*Société de chir.*, août.)

Une observation remarquable de M. Ch. Isnard tend à confirmer ces sages appréciations. (*Union méd.*, n° 154.)

Plaies pénétrantes de l'abdomen. Encore un exemple qu'ici toute intervention active chirurgicale est plus préjudiciable qu'utile. Le cas a été relaté à la *Société de Saint-Etienne*, mai. Une perforation accidentelle des parois abdominales existait depuis cinq jours, avec issue d'urine et de matières fécales, lorsqu'on eut la malheureuse idée de pratiquer la suture des

parois externes de cette ouverture. Aussitôt l'état s'aggrave par l'épanchement de ces matières dans la cavité péritonéale, le ventre se tuméfie, vomissements, pouls serré, face grippée, et le blessé était presque agonisant à l'arrivée du docteur Duchenne. Immédiatement il enlève les ligatures, donne issue aux matières épanchées et laisse cette ouverture libre pour leur écoulement. Tous les symptômes graves se calmèrent, des onctions hydrargyro-belladonées firent le reste, la guérison eut lieu.

Plaie de l'artère pulmonaire. Un coup de poignard est reçu dans la poitrine par un jeune homme de vingt ans, qui vomit et crache le sang. On le porte à l'hôpital Saint-Louis, mais les accidents se calment si bien que, dès le septième jour, il est consigné à la prison Mazas, dans un état apparent de santé parfaite. Il demande à travailler. Le quatrième jour de son entrée, soit le onzième de l'accident, on le trouve mort subitement, et l'autopsie, dont tous les détails sont relatés par M. Cavasse à la *Soc. de méd. de la Seine*, montre la plaie parfaitement cicatrisée dans sa profondeur jusque sur le feuillet pariétal du péricarde où existait une plaie de 6 à 7 millimètres. Sur la partie correspondante de l'artere pulmonaire, à un centimètre tout au plus de l'anneau fibreux qui l'unit au ventricule, existe une plaie semblable oblitérée par un caillot fibrineux et qui, en se formant, a sans doute arrêté l'hémorrhagie primitive, de même qu'en se déplaçant le douzième jour il l'a reproduite et déterminé soudainement la mort. Le péricarde en effet était énormément distendu et rempli de caillots de sang noir, qui en pressant sur le cœur ont aussi contribué à la rapidité de la mort. (*Gaz. des hôp.*, n° 24.)

Traitement. Tout en confirmant par une expérience de plus de dix ans les bons résultats des pansements à l'alcool, remis tout récemment en honneur (voy. *Dictionnaire*, 1864), M. Lecœur pense que l'addition par solution à l'alcool lui-même de certaines substances résineuses, astringentes, balsamiques ou autres, en favorise, en augmente les bons effets. Il signale entre autres la teinture de benjoin, l'élixir de longue-vie, le brou de noix, comme préférables à l'alcool simple, ce qui est d'accord avec les succès obtenus avec la teinture d'iode, contrairement à l'avis du professeur Velpeau.

Des pansements à l'alcool et des teintures alcooliques; brochure in-8°. Caen, 1864.

De nouveau, M. le docteur Chevreuse, de Charmes, propose à cet effet la *Conferva bombycina*, plante aquatique très-abondante dans les Vosges, comme pouvant remplacer la charpie, la ouate avec avantage. Appelé par l'Empereur à l'expérimenter, M. Jobert, de Lamballe, en l'employant sur plus de cent malades, et pour les plaies les plus variées : blessures, ulcères, cancers ulcérés, etc , n'a pas constaté de différence notable entre cette plante et la charpie ordinaire : elle lui a semblé être un peu plus absorbante que celle-ci. Avec la charpie verte, les surfaces deviennent un peu plus rouges et vermeilles, et les bourgeons charnus semblent s'affaisser. Employée comme hémostatique, elle a des propriétés analogues à celle de l'agaric. Sous ce rapport, la charpie ordinaire, qui n'agit que comme un tampon compresseur, semble bien inférieure à cette substance. Pour les plaies qui suppurent, au bout d'un certain temps d'application de la conferve, l'odeur est plus forte qu'avec la charpie ordinaire; mais cet inconvénient disparaît en rapprochant davantage les pansements successifs.

D'où cette conclusion que les conferves peuvent sans inconvénient être employées aux divers usages indiqués par M. Chevreuse à la place de la charpie ordinaire. Peut être l'effet arriverait-il à être le même si l'on parvenait à les débarrasser de la matière verte qu'elles renferment et qui a le désavantage d'être putrescible. Alors, le bas prix des conferves les rendrait à bon droit d'un usage plus fréquent que la charpie ordinaire. (*Union pharm.*, novembre.)

C'est la térébenthine de Venise que préconise M. Werner de Dornach, médecin du grand établissement industriel Dolfus, où se trouvent 3 ou 4000 ouvriers en moyenne ; il emploie depuis cinq ans et avec le plus grand succès la solution suivante sous le nom d'eau curative :

℞ Térébenthine de Venise.	1000 grammes.
Bicarbonate de soude.	25 —
Eau distillée.	10 litres.

Faites digérer pendant cinq à six jours au bain-marie à une température ne dépassant pas 75° ; filtrez.

L'emploi comme stimulant de la térébenthine dans le pansement des plaies est de toute antiquité. L'essence a été employée récemment dans la guerre des États-Unis contre la pourriture d'hôpital, comme la solution de perchlorure de fer durant la

campagne de Crimée. La formule seule est donc nouvelle ici. C'est une espèce de savon à la térébenthine plus soluble dans l'eau que celle-ci prise isolément. On l'emploie en compresses sur la plaie, que l'on renouvelle toutes les quatre à cinq heures. La formation du pus est ainsi prévenue, la cicatrisation est active et prompte. (*Bull. de thérap.*, n° 5.)

C'est donc un pansement simple, désinfectant et cicatrisant tout à la fois. Il ne s'agit, pour en faire usage avec succès, que de combattre préalablement les éléments inflammatoires, qui sont à redouter par l'irrigation continue qui prévient la formation du pus et la fétidité.

C'est la solution des sulfites alcalins dans la proportion de 10 pour 100 d'eau, dont M. Gritti a fait usage avec succès en lavages, injections, pansements dans le service chirurgical de l'hôpital majeur de Milan. Le glycérolé suivant lui a de même réussi toutes les fois qu'il s'agit d'animer les plaies :

℞ Glycérine très-pure	820 grammes.
Sulfite de soude.	100 —
Amidon en poudre.	80 —

Mêlez et chauffez sur un feu doux ou au bain-marie jusqu'à consistance de pâte molle.

Sans couleur ni odeur, cette préparation détruit celle des plaies, diminue la sécrétion du pus, l'épaissit, anime et régularise le travail de réparation et de cicatrisation. (*Ann. univ. di med.*, novembre 1864.)

PLEURÉSIE. V. Abcès pleurétiques.

Injections iodées. Dans les épanchements, M. Astié en trouve l'indication quand le liquide se reproduit rapidement sans changement de nature, car alors il est permis de soupçonner une infiltration granuleuse de la plèvre, que l'injection iodée tend à modifier promptement. C'est ainsi que chez un militaire de vingt-quatre ans, où il fut obligé de pratiquer trois ponctions *d'urgence* à intervalles rapprochés, il fit suivre la quatrième d'une injection iodée qui permit au malade de retourner dans ses foyers.

Deux détails importants sont recommandés pour prévenir l'introduction de l'air. Le premier consiste à tendre la baudruche mouillée sur l'orifice externe de la canule qui en est pourvue au moment où, armé de la seringue, on veut en introduire le bec

dans la canule afin de la rompre vivement et simultanément. Le second est d'appliquer une nouvelle baudruche mouillée autour des deux canules unies afin de remplacer la première quand on retire la seringue et que l'on fait écouler le liquide. (*Mém. de méd. et chir. mil.*, août.)

PNEUMATOLOGIE. *Essai de pneumatologie médicale*, recherches physiologiques, cliniques et thérapeutiques sur les gaz, par J. M. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale et du Conseil d'État, membre de la Société impériale de chirurgie. 1 vol. in-8° de 685 pages, avec figures.

Exposé de la nouvelle thérapeutique des gaz dont le hardi et ingénieux chirurgien s'est constitué l'un des plus ardents propagateurs dans ces derniers temps.

Pneumatocèle. *Du pneumatocèle du crâne.* Thèse inaugurale par A. L. Thomas, interne lauréat des hôpitaux de Tours et de Paris, etc. Paris, 89 pages grand in-8°.

Monographie didactique la plus complète de cette affection, rare et peu connue, non encore décrite dans les ouvrages élémentaires classiques. Huit observations relatées *in extenso*, dont une originale, en forment la base et servent à en établir une description exacte, synthétique et critique. — Elle forme ainsi comme la seconde édition du mémoire de M. le professeur Costes, de Bordeaux, sur ce sujet, publié en 1859.

PNEUMOGRAPHIE. A l'exemple des auteurs allemands Vierordt et Ludwig, M. Marey a voulu aussi étudier les caractères graphiques des mouvements respiratoires, en déterminant les influences qui en font varier le rhythme, la fréquence et l'amplitude. A cet effet, il a imaginé un cylindre qui s'applique sur le thorax et l'abdomen, et qui, adapté au cardiographe ordinaire, fait l'office du stéthoscope sur le cœur. Ce cylindre se compose d'un ressort à boudin enveloppé d'un tube de caoutchouc mince, fixé sur deux rondelles métalliques aux extrémités. Un crochet fixé au centre de ces rondelles permet de le placer en ceinture autour du corps au moyen d'une ceinture qui s'y trouve adaptée. Un petit tube branché perpendiculairement sur l'une des extrémités en fait communiquer la cavité avec l'air extérieur. Cet appareil reproduit ainsi les mouvements de la cage thoracique et permet d'en apprécier l'étendue aussi bien

sur soi-même que sur les autres dans la position verticale, et n'oblige plus le sujet en expérience à se coucher. Des courbes exprimant la forme, la profondeur des mouvements respiratoires, apparaissent ainsi sur l'enregistreur, et en l'adaptant à un autre cylindre placé sur l'abdomen ou au stéthoscope sur le cœur, on a les rapports comparatifs, le synchronisme de ces divers mouvements, comme cela résulte des tableaux graphiques tracés par M. Marey.

Les courbes thoraciques et abdominales ne diffèrent guère que par un peu plus d'amplitude de celles-ci. On sait ainsi par l'inspection de la courbe à quel moment l'air pénètre plus abondamment dans la poitrine, et l'on peut même en mesurer le volume inspiré et expiré à l'aide d'un réservoir de 200 litres environ qui, par un tube très-large, correspond avec la bouche, et par un autre, plus étroit, avec le tambour d'un enregistreur.

Il est aussi permis, par ce procédé ingénieux, d'apprécier mathématiquement les différences apportées par l'attitude, l'action musculaire, la température, l'ingestion des aliments, le chant, la lecture, dans le nombre et le rhythme des mouvements respiratoires. Dans un type normal, par exemple, la durée des inspirations étant de 100, celle des expirations 200, le rhythme pendant la lecture a été de 40 inspirations, 260 expirations, et pendant le chant : inspirations 18, expirations 282.

Par l'étroitesse des voies respiratoires, la fréquence de la respiration diminue, son amplitude augmente et l'inspiration gagne en longueur, etc. Le rapport avec les battements du cœur en est de même altéré. Tandis que la respiration se ralentit, les battements s'accroissent proportionnellement, ce qui est en opposition avec la croyance généralement accréditée. C'est ainsi qu'en variant ces expériences, M. Marey a étudié les divers phénomènes qui se produisent, et éclairé de nouveau cette partie de la physiologie pathologique. (*Journ. de l'anat. et de la physiologie*, juillet.)

PNEUMONIE. *Signe initial*. Tandis que M. Grisolle admet comme signe précurseur de la crépitation une faiblesse du murmure respiratoire là où elle doit apparaître et nie la respiration puérile signalée par Stokes, M. Waters, de Liverpool, d'accord avec le clinicien irlandais, rapporte l'observation de deux hommes qui, admis au *Northern hospital* peu d'heures

après avoir éprouvé un violent refroidissement, perçut à l'auscultation un murmure respiratoire *fort*, *dur*, puéril en un mot, dans un point limité du poumon, sans matité ni crépitation avoisinante. Le lendemain, tous les signes physiques de la pneumonie existaient dans le point signalé la veille. Jamais il n'a rencontré la diminution respiratoire signalée par M. Grisolle. (*Lancet*, février.) C'est donc à déterminer exactement quel est celui de ces deux signes qui peut être considéré comme prémonitoire de la pneumonie.

Alcooliques. Sur 34 malades atteints de pneumonie soumis à ce traitement par M. Béhier, 27 ont guéri. Des 7 malades qui ont succombé à l'entrée à l'hôpital, deux fois l'hépatisation était arrivée au troisième degré, et trois fois la pneumonie s'était déclarée chez des phthisiques déjà parvenus à la troisième période. Le sixième était atteint d'une bronchite généralisée et de diarrhée, concurremment avec sa pneumonie, parvenue à l'état d'hépatisation rouge fort étendue, et se rapprochant de l'aspect de l'hépatisation grise sur certains points. L'insuccès semble donc étranger au traitement.

Parmi les autres malades, 10 offraient surtout des formes ataxo-adynamiques très-graves. L'alcool a fait cesser le délire, tomber le pouls, abaisser la respiration et déterminé souvent une transpiration abondante, malgré laquelle les forces se relevaient sans déterminer jamais le moindre signe d'ivresse.

Le mode d'administration consistait en 100, 150, 200 et même 300 grammes d'eau-de-vie ordinaire étendus dans 80 à 120 grammes d'eau édulcorée. Une cuillerée à bouche de ce mélange était donnée toutes les deux heures aux malades qui ne savaient même pas ce qu'ils prenaient. Huit de ces malades ont pris alternativement une cuillerée d'une solution de 8 à 22 grammes d'acétate d'ammoniaque dans 150 grammes de véhicule sans que l'on ait observé aucune influence bien notable de cette addition.

L'eau-de-vie a puissamment contribué, suivant M. Béhier, à sauver plusieurs des malades gravement atteints chez lesquels elle a été employée seule sans qu'aucun fût adonné à la boisson. On est, en effet, disposé à l'admettre, quand on sait combien une pneumonie est dangereuse chez les sujets de soixante-six, soixante-huit, soixante-dix ans, lorsqu'elle est accompagnée surtout de prostration profonde et de délire. Plusieurs des cas

dans lesquels ce traitement a été appliqué étaient désespérés. (*Bull. de thérapeut.*)

Pneumonie épidémique. Une épidémie de ce genre, assez commune en Islande, a été observée et relatée par M. Hjaltelin en 1863 (*Edinb. med. Journ.*, **1864**). Il l'attribue à un excès d'ozone. En pratiquant une petite saignée au début et en donnant le calomel à l'intérieur, il n'a eu qu'une faible mortalité malgré la malignité de la maladie quand les malades restaient sans soins. Ainsi, dans un village de 1200 âmes, sur 24 malades, il y eut 17 décès; 11 sur 19 malades dans une autre localité de 900 âmes, et dans une troisième, de 800, sur 14 malades, presque tous succombèrent.

Pneumonie pendant la grossesse. Au point de vue du pronostic, l'époque de la grossesse est indifférente pour sa gravité, suivant M. Verrier. L'avortement avant le septième mois n'est pas plus certain que l'accouchement prématuré après. Si l'avortement survient, c'est à la pneumonie seule qu'il faut l'attribuer et non au traitement.

Sous ce rapport, on doit donc traiter la pneumonie de la femme dans la grossesse, comme dans les conditions ordinaires de la vie, sans perdre en expectation un temps précieux. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Anatomie pathologique des diverses espèces de pneumonie aiguë ou chronique, par le docteur V. Cornil, avec 9 figures intercalées dans le texte. Brochure de 24 pages. Germer Baillière.

Ce travail, lu à la Société médicale d'observation, est un exposé de l'examen anatomo-microscopique fait par l'auteur selon la manière allemande. Il divise ainsi les pneumonies en intra-vésiculaires ou parenchymateuses et extra-vésiculaires ou interstitielles, suivant leur siége, comprenant chacune plusieurs variétés, dont il donne les caractères anatomo-microscopiques différentiels.

POLYPES. Polypes laryngiens *Trachéotomie.* Un nouveau succès a été obtenu par MM. Ulrich et Lewin, de Berlin, par la trachéotomie, qu'ils croient par erreur n'avoir été pratiquée jusqu'ici en pareil cas, que par MM. Erhmann et Pirogoff. Il faut ajouter au moins ceux de MM. Debrou, Boeckel et Gibb. (Voy. *Dictionnaire*, 1864.) Dans celui-ci, le polype s'insérait

sur la corde vocale gauche, et était assez volumineux pour rendre la respiration laborieuse et déterminer une aphonie complète. Une canule placée pour faciliter la respiration n'ayant produit aucun résultat, le cartilage thyroïde fut divisé et la canule enlevée, les polypes, car il y en avait deux, furent saisis à l'aide du laryngoscope et excisés avec les ciseaux. Ils avaient ensemble le volume d'une châtaigne. Le point d'insertion fut cautérisé et la canule réintroduite, puis enlevée définitivement le deuxième jour; la respiration s'exécutait librement. Mieux que dans le cas de M. Erhmann, la jeune fille recouvra aussitôt la voix et put parler distinctement quoique un peu bas. (*Wiener med. Wochenschr.*, février.)

Chez une jeune fille de seize ans ayant depuis plusieurs mois une voix rauque, enrouée, et du ronflement, surtout la nuit, le docteur Gilewski (de Cracovie) découvrit, à l'angle antérieur de la glotte, trois excroissances polypeuses mucoso-charnues grosses comme des pois. Dans l'impossibilité d'y appliquer des ligatures pour les exciser, il soumit la malade à l'anesthésie, et, au mois de décembre dernier, à la trachéotomie du premier et du deuxième anneau seulement. Il exécuta ensuite la division du cartilage cricoïde et de la membrane crico-thyroïdienne jusqu'au bord inférieur du cartilage thyroïde. Il découvrit aussitôt les excroissances polypeuses qui semblaient flétries, pâles, diminuées de volume, et comme revenues sur elles-mêmes. Il en pratiqua facilement l'excision avec des ciseaux. Une syncope fut le seul accident de cette opération. La réunion ne fut pas immédiate; la suppuration commença dès le quatrième jour, et la cicatrisation ne fut complète qu'à la troisième semaine.

A part quelques difficultés dans la déglutition, il ne survint aucune complication. A mesure que l'ouverture du larynx se fermait, se cicatrisait, la voix devenait plus distincte, et elle avait regagné toute sa force et sa clarté primitive trois mois après l'opération. (*Wiener med. Wochenschr.*, juin et juillet.)

Voici donc un nouveau fait ajouté à ceux de MM. Ehrmann, Rauchfuss et au précédent, qui témoignent contre celui de M. le docteur Debrou, de l'innocuité de la trachéotomie en pareil cas. Si, comme l'auteur le fait remarquer, la division du cartilage thyroïde chez les personnes âgées peut présenter de sérieuses difficultés et entraîner une périchondrite et même la suppuration du cartilage — crainte qui semble exagérée — et si l'ossification de ce cartilage la contre-indique même, il n'est pas

moins vrai qu'elle est parfaitement applicable chez les jeunes sujets. Ainsi s'établit, par la pratique, le pour et le contre de cette opération dont M. Ehrmann a été l'un des promoteurs. M. Gibb vient de la défendre avec bien plus de force en en faisant un historique complet devant la *British medical Association*. Aux quatre cas signalés avant l'emploi du laryngoscope, savoir : ceux de Brauers, de Louvain, Ehrmann, Buck, de New-York, et Pirogoff, de Heidelberg, il ajoute les dix suivants publiés depuis l'usage de cet instrument :

Buck, de New-York, 15 avril 1862, homme de vingt-cinq ans.

Rauchfuss, de Saint-Pétersbourg, avril 1862, jeune femme.

Sands, de New-York, février 1863, jeune femme de trente ans.

Busch, de Bonn, juin 1863, homme de quarante-trois ans.

Ceux de MM. Debrou, Boeckel, Gibb, Ulrich et Lewin, de Berlin, bien connus et publiés depuis peu, ainsi que le précédent et celui du docteur Gouley, de New-York, février 1863, fille de six ans, dont l'observation est encore inédite.

Or, de ces quatorze faits, voici la solution comme critérium de l'utilité de cette opération :

Le premier, opéré par Brauers en 1834, a succombé dernièrement à un squirrhe.

Celle de M. Ehrmann a survécu sept mois, parfaitement guérie, quoique aphone, et a succombé à une fièvre typhoïde.

Celle du docteur Buck, opérée deux fois en 1851 pour un cancer épithélial du larynx, survécut treize mois aphone.

Les renseignements manquent sur le cas de M. Pirogoff.

Quant au second opéré du docteur Buck, il est encore en parfaite santé.

Celle de M. Rauchfuss est morte deux ans après de gangrène du poumon.

Celle du docteur Sands, qui avait regagné sa voix, a succombé vingt-deux mois après à un cancer des capsules surrénales, le larynx ayant été trouvé parfaitement libre à l'autopsie.

Celui de M. Busch est encore vivant et aphone.

On sait que celui de M. Debrou est mort au septième jour.

Celle de M. Boeckel paraît avoir succombé à une phthisie quelques semaines après sans avoir recouvré la voix.

Dans les deux cas rapportés ci-dessus, les opérés vivent et parlent.

Celle du docteur Gouley est restée aphone, quoique guérie. (*British med. Journ.*, n° 248.)

De tels résultats sont assez clairs pour se passer de commentaires; on peut dire que la cause de cette opération est définitivement gagnée à la science.

Appelé par M. Maisonneuve à démontrer aux élèves de sa clinique le maniement du laryngoscope, M. le docteur Éd. Fournié a présenté un malade offrant un polype, gros comme une aveline, sur le bord de la corde vocale inférieure gauche, gênant l'émission de la voix et qui pouvait à la longue, en augmentant de volume, mettre un obstacle sérieux à la respiration. Une dépression ulcérée, résultat de la pression du polype, existait sur le bord de la corde vocale droite.

Pour rendre les élèves témoins du phénomène, M. Fournié a employé une lumière peu connue à cause de sa cherté (1 fr. 25 par minute), mais dont l'intensité est comparable à celle de la lumière électrique. C'est la lumière au magnésium. Au moyen de la lampe si ingénieuse de M. Mathieu-Plessy, les rayons lumineux sont projetés sur le miroir placé au fond de la gorge, qui les renvoie dans le larynx et la trachée; ces parties, se trouvant ainsi éclairées, viennent refléter leur image sur le miroir; mais cette image est petite, car le miroir a 2 centimètres de côté environ. En plaçant une lentille biconvexe à long foyer devant la bouche du malade, l'image s'est trouvée grandement amplifiée, et tout le monde a pu la distinguer de quelques mètres.

Ces deux applications de la science au diagnostic des maladies présentent un double intérêt, en ce que, par l'intensité de la lumière, la lésion la plus légère située dans les voies respiratoires ne peut plus échapper aux investigations du médecin. Au point de vue de l'enseignement, l'emploi d'une lentille grossissante est une idée ingénieuse qui servira à vulgariser un moyen de diagnostic et de traitement qui n'est pas encore assez connu. Voy. Spéculum.

Polypes naso-pharyngiens. *Nouvelles méthodes d'extirpation.* A l'occasion d'un jeune garçon de dix-sept ans, qui s'est présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, avec une masse polypeuse énorme, remplissant la cavité naso-pharyngienne, et refoulant en avant le voile du palais de manière à appliquer la face postérieure de la luette sur la face supé-

rieure de la langue, et faisant saillie dans la cavité buccale, M. A. Guérin se décida pour l'opération, bien que le pronostic fût grave et le résultat incertain. Craignant pour le malade déjà profondément débilité les suites d'une grande mutilation, il ne put se résoudre à extirper le maxillaire supérieur, ni à détruire la voûte palatine. Après avoir fendu le voile du palais, il attire fortement la tumeur à travers cette fente, puis, avec des ciseaux, il en coupe le pédicule et amène ainsi une masse considerable. Mais, portant plus haut le doigt indicateur, il rencontre une nouvelle masse non moins volumineuse que la précédente, enchatonnée dans les fosses nasales, impossible à limiter, se prolongeant sans doute dans les sinus sphénoïdaux peut-être dans la cavité crânienne. Prenant rapidement parti pour terminer l'opération, M. Guérin porta l'indicateur gauche derrière le voile du palais, très-peu sensible chez les individus à polypes naso-pharyngiens, introduisit d'autre part, à travers la narine, d'avant en arrière, une lame détachée des ciseaux qu'il a sous la main, et s'en servit pour énucléer rapidement toute la masse comprise entre son indicateur et cette lame; employant celle-ci, tantôt en guise de levier, tantôt en guise de rugine, pour ruginer les os de la base du crâne. L'énucleation se fit avec rapidité, non sans peine ni sans faire craquer les os, et le doigt, promené ensuite sur le lieu d'implantation de la tumeur, pénétrait dans une cavité pouvant loger une grosse noix et constituée probablement par la dilatation des sinus sphénoïdaux. L'hémorrhagie, assez considérable, s'arrêta, et le malade, débarrassé de l'énorme tumeur qui l'empêchait de respirer, sentit, à l'instant même, un bien-être depuis longtemps inconnu.

Par cette nouvelle méthode qui épargne de graves et effrayantes mutilations, la dénudation des os par la rugination ne doit pas inquiéter, car le tissu osseux se recouvre rapidement de bourgeons charnus qui réparent complétement les pertes de substance. Elle est indispensable, d'ailleurs, pour enlever toutes les racines polypeuses qui, s'implantant sur le tissu fibreux qui tapisse les os, reproduiraient nécessairement et promptement le polype si l'on ne les détruisait avec le tissu qui leur sert de support. N'est-ce pas, du reste, ce que l'on cherche à faire par la cautérisation actuelle, beaucoup plus effrayante et peut-être moins efficace que la rugination? — Le malade opéré depuis cinq à six semaines, ne présente plus, aujourd'hui, qu'une

très-petite dénudation des os qui ont été ruginés, et qui sont maintenant presque complétement recouverts par les exsudats plastiques, comme s'en sont assurés, séance tenante, plusieurs membres de la Société de chirurgie. Si donc elle réussissait à s'établir et à se généraliser dans la pratique, elle constituerait évidemment un progrès considérable dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.

Outre une revendication de priorité de MM. Borelli de Turin et Letenneur de Nantes, M. Dolbeau conteste la nouveauté et l'efficacité de ce procédé. Le fait produit est insuffisant et manque de détails. La nature du polype, le volume exact de son pédicule ne sont pas décrits. Faire manœuvrer une rugine à travers les fosses nasales, c'est déjà une opération difficile sur la table de dissection, comme ruginer la base du crâne sur le vivant. D'ailleurs, la guérison n'est pas assurée, certaine. De tous les procédés connus jusqu'ici, M. Dolbeau donne la préférence à l'électrolytie employée par M. Nélaton. (Voy. année 1864.)

Dès l'année dernière, M. Legouest s'était engagé dans la même voie, en substituant aux méthodes actuelles une méthode permettant d'éviter des mutilations irremédiables. Partant de ce principe que les polypes naso-pharyngiens sont des maladies du jeune âge, dont on a le droit d'espérer la cure définitive lorsqu'on a le soin de se ménager les moyens d'en surveiller et d'en réprimer la reproduction, en laissant, pour ainsi dire, une porte ou une fenêtre constamment ouverte, par laquelle on peut voir ce qui se passe et intervenir autant de fois qu'il est nécessaire jusqu'à la cessation finale des récidives, M. Legouest fait une incision qui, du grand angle de l'œil, s'étend jusqu'au bord de la lèvre supérieure qu'il respecte; cette incision met à nu les os de la paroi externe des fosses nasales qui est ensuite défoncée par l'opérateur. On a ainsi un large espace ouvert jusqu'au grand angle de l'œil et dans lequel on peut faire manœuvrer une pince courbe, saisir le polype, l'arracher, en extirper toutes les racines, arracher des fragments osseux, s'il est nécessaire, pour être bien sûr d'enlever tout le mal. La plaie n'est pas réunie; on laisse ainsi une porte ouverte par laquelle l'œil ou le doigt peuvent pénétrer. Si le polype récidive, ce qui est le cas ordinaire, on peut alors, sans autre délabrement, procéder à une nouvelle extirpation, et ainsi de suite jusqu'à cessation complète de récidive. Une pince très-fortement recourbée, à mors triangulaires

et mousses, s'introduisant séparément jusqu'à la partie supérieure de la narine où on les articule et où on les serre ensuite sur la masse polypeuse prise entre eux, sert à cet effet.

On la laisse en place ; le polype tombe au bout de quelques jours. On recommence, s'il y a lieu, cette petite opération jusqu'à ce que les progrès de l'âge chez ces jeunes sujets viennent mettre un terme aux récidives et l'on arrive ainsi à la cure radicale et définitive des polypes naso-pharyngiens, en évitant des mutilations irrémédiables. (*Soc. de chirurgie*, novembre.)

Une nouvelle pince à deux branches fenêtrées a été fabriquée par M. Mathieu. C'est une tige à maillots brisés dans la partie courbe qui se termine par deux branches à ressort. Elle est maintenue dans une gaîne pourvue d'une rondelle qui sert de point d'appui à l'opérateur pour la faire avancer ou reculer, et ouvrir ou fermer ainsi les branches. Le polype saisi, l'opérateur n'a plus qu'à opérer un mouvement de torsion et de traction sur le manche. Cette manœuvre permet d'extraire le polype en le pédiculisant et met à l'abri des hémorrhagies.

En modifiant la forme et les dimensions de cette pince, elle pourrait servir aux polypes pharyngiens et utérins. (*Acad. de méd.*, mars.)

Polypes nasaux. Conformément aux indications toutes modernes de la résection temporaire, M. Gosselin l'a employée dans un cas de polype épithélio-glandulaire récidivé de la fosse nasale et de l'orbite à droite pour en détruire plus sûrement la racine. Une première incision verticale est conduite de la racine du nez vers la partie antérieure de la narine; une seconde, transversale, partant du même point, est dirigée jusqu'au grand angle de l'œil. L'os du nez est coupé verticalement avec la pince de Liston, puis rejeté en dehors avec une partie de la branche montante du maxillaire, qu'il suffit de renverser avec force pour la briser. Toute la masse polypeuse put ainsi être facilement arrachée par cette voie, et sa surface d'implantation sur la lame criblée raclée avec la rugine.

Un détail qui a rendu cette manœuvre plus libre et plus prompte a été le tamponnement de l'orifice postérieur de la fosse nasale, pour éviter les inconvénients de la chute du sang dans le pharynx. L'opéré n'a pas avalé ainsi une seule goutte de sang, et n'a pas gêné ni suspendu l'opération par le besoin de cracher et de projeter le sang pendant l'expiration.

Une réunion immédiate parfaite a eu lieu au moyen de sutures métalliques maintenant le lambeau osseux et cutané. (*Gaz. des hôp.*, n° 12.)

Polypes de l'oreille. Leur danger est mis en évidence par le fait suivant, enregistré sous le titre d'*Abcès du cervelet* in *The med. Mirror*. Un garçon de dix-neuf ans, pâle, avait été traité jusqu'alors pour un polype de l'oreille gauche, et plusieurs fragments en avaient été extraits, lorsque M. Edwards, s'apercevant d'une hésitation dans la marche, refusa toute nouvelle tentative chirurgicale. Aussitôt, le malade est pris de frissons, et une douleur se déclare dans l'oreille et dans le front. Une application de sangsues la calme, mais des nausées surviennent et le malade ne peut rester debout. Céphalalgie très-intense, puis convulsions avec strabisme extrêmement prononcé. Un vésicatoire à la nuque amende ces symptômes.

Deux jours après, nouvelles convulsions, douleurs plus vives, déglutition difficile, coma, accidents qui disparaissent et reviennent alternativement jusqu'à la mort.

Tout le cerveau est sain, mais, en enlevant le cervelet, on voit sourdre un pus épais d'une petite ouverture capable de loger un crayon, et qui conduit à un abcès contenant 8 grammes de pus et occupant le centre du lobe gauche du cervelet. La partie supérieure et postérieure de la portion pétreuse du rocher est cariée. Il ne reste plus du polype que quelques petites masses adhérentes à la membrane du tympan. On trouve du pus dans la caisse du tympan, dans le vestibule et les canaux demi-circulaires.

Le polype développé sur la membrane du tympan a donc bien été ici la cause par continuité de l'abcès du cervelet et par suite de la mort. Enseignement pour tenter de les détruire de bonne heure sur place, non par arrachement trop généralement employé, et qui peut produire les plus grands désordres, mais par la ligature avec un fil de platine, comme M. Bonnafont l'a pratiquée avec succès dans deux cas. (Voy. 1re année.)

Polypes du cœur. Voy. Cœur.

POULS. M. Cornil a constaté par des tracés sphygmographiques qu'il est en général faible et dicrote quand la respiration

est gênée par une pneumonie, des tubercules, un emphysème, un épanchement pleurétique, etc. Le summum de hauteur de la diastole est très-peu élevé, et le tracé présente des ondulations correspondant à chaque mouvement respiratoire. Ainsi, dans trois cas d'épanchement qu'il relate avec figures, il suffit de pratiquer la thoracocentèse pour voir aussitôt le pouls se relever en se ralentissant et correspondre ainsi avec une plus grande facilité de la respiration. Une saignée dans certains cas de pneumonie, produit absolument le même effet. Preuve que cette modification du pouls est bien sous l'influence de la respiration.

Comme M. Marey, l'auteur explique la faiblesse et le dicrotisme de la pulsation dans ces cas par la moindre quantité de sang lancé à chaque systole du cœur gauche et la tension et l'élasticité moindres des artères qui en sont la conséquence. Sous l'influence d'une *maladie du poumon* qui supprime la fonction d'une partie plus ou moins considérable de cet organe, l'hématose ne peut plus se faire que sur une quantité de sang veineux plus petite qu'à l'état normal, nonobstant la vitesse augmentée des battements du cœur. Il en résulte que d'un côté le sang noir stagne et s'accumule dans le système veineux périphérique et que, de l'autre, le cœur gauche reçoit moins de sang artérialisé, d'où la faiblesse et le dicrotisme des pulsations artérielles. (*Soc. de biologie*, décembre 1864.)

Pouls veineux. Son existence dans l'insuffisance tricuspide a été rappelée par MM. Seidel et Geigel par des observations très-concluantes et confirmées par l'emploi du sphygmographe. Ainsi, chez une femme de soixante-treize ans, les jugulaires internes présentaient des pulsations très-marquées. Le foie hypertrophié descendant jusqu'à la crête iliaque était soulevé par des pulsations manifestes appréciables à la vue, lorsque la malade était tournée à gauche. Le stéthoscope ne révélait aucun bruit anormal comme signe négatif de l'anévrysme. Les tracés obtenus à l'aide du sphygmographe levèrent tous les doutes, car les pulsations du cou, comme celles du ventre, étaient semblables et présentaient le dicrotisme systolique qui, d'après les recherches récentes de M. Bamberger, est le caractère distinctif du pouls veineux, tandis que le dicrotisme normal des artères coïncide avec la diastole (*Würzb. med. Zeitschr.* et *Arch. de méd.*, novembre 1864.)

Dans la première observation de M. Seidel in *Deutsche Klinik*, n° 9, après la paracentèse abdominale, on remarqua que le foie, très-augmenté de volume, était soulevé par des battements violents et tellement énergiques que l'on pouvait les attribuer à un anévrysme. Ils disparurent par la reproduction de l'ascite et reparurent consécutivement à deux autres ponctions, sans se montrer jamais isochrones avec le choc du cœur, mais y succédant.

L'autopsie montra une insuffisance de la valvule tricuspide par soudure de ses diverses parties transformées en un anneau rigide et incapable d'occlusion. Le ventricule correspondant était très-hypertrophié. La veine cave inférieure, entre l'oreillette et le foie, avait 12 centimètres de diamètre et se continuait avec l'oreillette sans ligne de démarcation ; elle admettait facilement jusqu'à trois doigts. Les veines sushépatiques étaient aussi énormément dilatées, tandis que l'aorte abdominale ne présentait aucune lésion.

Bien que deux faits suivants ne soient pas aussi concluants, ils acquièrent plus de valeur d'après celui-ci, où il ne pouvait s'agir que du pouls veineux ; ce sont là des faits à prendre en haute considération.

Le pouls veineux s'est montré constamment dans les jugulaires, sans celui des veines caves, dans 7 cas d'asystolie avec insuffisance de la tricuspide résultant d'un obstacle à la circulation pulmonaire rapporté par M. Parrot. Aussi l'appelle-t-il asystolique comme le bruit spécial qui coexiste avec lui. (Voy. Cœur). Or, comme il ne saurait avoir cette origine sans que les cavités droites soient dilatées, hypertrophiées — ce qui explique alors l'asystolie, le reflux du sang veineux jusque dans les jugulaires — il est facile de s'assurer s'il mérite ce nom, car autrement, il n'en serait pas la conséquence directe (*Arch. de méd.*, mai). C'est ainsi que dans les observations précédentes, il n'est parlé ni de cette dilatation, ni du bruit qui y correspond, selon M. Parrot.

Pulsations abdominales. Contrairement à l'interprétation générale de ce signe mentionné et décrit depuis longtemps comme une des manifestations protéiformes du nervosisme, de la gastralgie, des affections du foie et des intestins, de l'hystérie, de l'hypochondrie, M. Macario les considère comme une maladie idiopathique, dont la cause première serait dans une

anomalie fonctionnelle des nerfs vaso-moteurs. Les émotions morales, les excès débilitants, la suppression des flux habituels, la grossesse, les fièvres intermittentes, la respiration des poussières du battage en grange, etc., lui en semblent les causes occasionnelles. Les conséquences et le traitement sont les mêmes qui ont déjà été signalés. L'interprétation seule diffère donc à savoir si c'est un effet ou une cause (*Soc. de méd. de Lyon*, août). C'est aux praticiens à trancher la question par une observation minutieuse des cas qui se présenteront à eux, à savoir si ce signe est initial ou consécutif à d'autres troubles nerveux.

PRIX. Voici ceux des principales Sociétés savantes mises au concours pour 1866.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Prix de l'Académie : De l'érysipèle traumatique, 1000 fr.

Prix Portal : Anatomie pathologique des nerfs dans les principales affections viscérales, 1000 fr.

Prix Civrieux : De la migraine, 800 fr.

Prix Capuron : Du frisson dans l'état puerpéral, 1000 fr.

Prix Barbier : Guérison des maladies incurables, 4000 fr.

Prix Orfila : De la digitaline et de la digitale, 2000 fr.

Prix Lefèvre : De la mélancolie, 1500 fr.

Prix Godard : Le meilleur mémoire sur la pathologie interne, 1000 fr.

Prix Rufz, pour 1870.

Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications et altérations de fonctions et de lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation, 2000 fr.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

I. Application de l'électricité à la thérapeutique, 5000 fr.

II. De la conservation des membres par la conservation du périoste, 20 000 fr.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Prix E. Godard, pour 1867.

Travail manuscrit ou imprimé depuis 1864, sur l'anatomie normale, pathologique ou la tératologie, 420 fr.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Prix E. Godard, pour 1867.

Livres ou mémoires imprimés ou manuscrits, 500 fr.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT.

Démontrer par des observations et des expériences nouvelles si l'antagonisme entre l'opium et la belladone, d'une part, et de l'autre entre les médicaments dans lesquels entrent ces substances, existe ou non, 300 fr.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE MADRID.

I. Progrès de l'anatomie dans la première moitié du XIXe siècle ; déterminer l'influence qu'elle a eu et peut avoir sur les progrès de la médecine.

II. Des différentes espèces de diathèses et de leurs caractères distinctifs, 500 fr. en argent, une médaille d'or et le titre de membre correspondant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TURIN.

Prix Riberi : A ce deuxième prix triennal pour 1867, peuvent concourir tous les travaux imprimés et manuscrits de médecine opératoire, 20 000 fr.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

I. Faire connaître les caractères de la maladie connue sous la dénomination de typhus charbonneux, qui attaque les animaux domestiques ; indiquer ses causes, les moyens thérapeutiques à y opposer et ceux à l'aide desquels on peut en empêcher le développement, 500 fr.

II. Faire l'histoire chimique de la digitaline, en établir nettement, par de nouvelles expériences, les caractères distinctifs et la composition. Exposer un procédé simple et facile pour son extraction. Le procédé doit être de nature à donner un produit constant et défini. Un échantillon devra en être fourni à l'appui du mémoire, 500 fr.

III. Histoire de la vie et des écrits de Van Helmont, considéré comme médecin. Exposer ses doctrines, en discuter la

valeur et établir clairement l'influence qu'elles ont exercée sur la science et la pratique de la médecine. 1200 fr.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DES SCIENCES DE LILLE.

1° Etudier et faire connaître par des expériences les effets physiologiques des autres principes contenus dans les quinquinas, comme on connaît ceux de la quinine.

2° Faire la même étude pour le tabac.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE.

Outre son prix triennal et local, elle en a institué deux sur chacune des questions suivantes :

Médecine. Diagnostic et traitement des maladies qui portent atteinte aux fonctions locomotrices, et qu'on peut, abstraction faite des affections chirurgicales, rapporter à des modifications pathologiques des systèmes musculaires et nerveux.

Chirurgie. Des obstacles (autres que les hernies) au cours des matières dans l'intestin grêle et des moyens d'y remédier.

Thérapeutique. I. Des médicaments dont les effets physiologiques se rapprochent de ceux des émissions sanguines et dont l'administration peut, dans certaines circonstances, y suppléer avantageusement.

II. Rechercher dans le seigle ergoté un principe immédiat bien défini qui en ait les propriétés. Etudier sur les animaux l'action physiologique de ce principe immédiat, et des quelques succédanés du seigle ergoté qu'on pourrait proposer. (Clôture du concours le 1er juillet.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

L'expectation dans la pneumonie aiguë, 300 fr.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

Du traitement chirurgical des kystes de l'ovaire, 300 fr.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS.

Des affections gastro-intestinales dans la première enfance. 200 fr.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE LÉGALE.

Description de la manie furieuse périodique, quel doit être le jugement à porter sur les intervalles lucides au point de vue de la responsabilité; 100 thalers.

COLLÉGE ROYAL DES CHIRURGIENS ANGLAIS.

Prix triennal d'anatomie pour 1868 : Structure anatomique des parties contenues dans la sclérotique et la cornée, avec des planches tirées des cinq divisions des vertébrés.

PRURIGO. L'huile de pétrole, employée avec succès contre la gale, les pédiculi, a été employée de même par M. Bellencontre, de Rouen, contre cette dermatose commune et des plus tenaces, surtout parmi les gens pauvres, malpropres, sur lesquels elle fait élection de domicile. Des lotions en sont faites tous les soirs concurremment avec de grands bains. Elle réussit plus promptement, et cela se comprend de reste, quand le prurit est modéré, dans le prurigo des vieillards. Si la cuisson est trop vive après trois à quatre lotions, on additionne selon la formule suivante :

℞ Huile de pétrole.	120	grammes.
Huile d'amandes douces.	125	—
Laudanum de Sydenham.	6	—

Mêlez.

Ce mélange peut surtout être utile chez les enfants pour diminuer la cuisson. Des dérivatifs légers sur l'intestin ont paru activer la guérison. (*Bull. de thérapeut.*, juillet).

PULVÉRISATION. De mieux en mieux étudiée par les imitateurs de M. Sales-Girons, cette méthode de traitement des affections des voies respiratoires n'est uniforme ni dans ses résultats, comme on devait le prévoir, ni dans ses effets. M. de Puisaye, à Enghien, n'a pas observé les trois périodes successives de *sédation*, d'*état normal* et d'*excitation*, aussi franchement ni régulièrement que M. Collin. (*Ann. de la Soc. d'hydrol.*, p. 293). La première seule a été manifeste à son observation exacte comme en témoignent les remarques suivantes :

Effets physiologiques. Dès qu'un malade entre pour la première fois dans la salle de pulvérisation, il est tout d'abord pour ainsi dire suffoqué, non pas tant par l'odeur sulfurée que par la densité de l'air qu'il y respire ; il faut quelques instants pour que les voies pulmonaires s'habituent au contact de cet air humide et sulfuré, aussi doit-il ne faire que de petites inspirations et ne dilater que graduellement la poitrine ; ce n'est qu'après quelques instants qu'il peut y respirer à pleins poumons,

et cette impression d'air humide sur les voies pulmonaires est très-favorable dans certaines maladies.

Contrairement à ce qui s'observe quand les eaux sont prises à l'intérieur, la pulvérisation, au lieu de faire sentir tout d'abord son action sur l'économie en général et de lui imprimer une vitalité plus grande, porte surtout son action excitatrice sur les organes le plus immédiatement en contact avec elle, et cet effet persiste à de très-rares exceptions près. Ainsi, dans les diverses affections de la muqueuse des voies aériennes, dépendantes d'un défaut ou d'une exagération de sécrétion, on voit survenir plus promptement que par la méthode ordinaire des phénomènes qui ne se produisent le plus souvent qu'après un certain nombre de jours; il suffit quelquefois d'une séance de pulvérisation pour ramener chez quelques personnes la maladie à l'état subaigu, état par lequel elle passe le plus ordinairement pour arriver sinon à guérir, du moins à être modifiée. Le mode d'action de la pulvérisation est donc d'être essentiellement locale, différence utile à indiquer.

Indépendamment de cette stimulation locale, l'atmosphère d'eau pulvérisée ralentit les battements du cœur à tel point chez certains individus, que la syncope serait complète si la séance se prolongeait davantage. Il faut donc avoir grand soin de se rendre compte de l'état du cœur avant de conseiller le séjour dans la salle de pulvérisation, et sans qu'il faille absolument proscrire ce moyen en cas d'affection du cœur, il est de toute nécessité d'en surveiller l'emploi. L'usage de l'atmosphère pulvérisée déterminait chez un malade très-replet, atteint d'une bronchite asthmatique compliquée d'un état graisseux du cœur, une sédation telle de ses battements, que son pouls qui, avant son entrée dans la salle, indiquait 72 à 76 pulsations à la minute, ne battait plus en sortant que 50 à 54. Il fallut ainsi lui en interdire l'usage.

La plupart des malades interrogés par M. de Puisaye disaient éprouver tout d'abord un sentiment de bien-être tel qu'il était souvent difficile de les empêcher d'outre-passer l'ordonnance; mais plus d'une fois, en raison même de la stimulation produite, on doit conseiller de ne pas prolonger les séances outre mesure et laisser entre elles un intervalle suffisant.

L'atmosphère pulvérisée paraît donc avoir non-seulement une influence sédative sur la circulation générale, mais encore une action hyposthénisante tantôt éphémère, tantôt plus ou

moins durable, suivant la nature de la maladie sur certains phénomènes locaux résultant, soit d'une excitation capillaire locale, soit d'une perversion de l'influx nerveux.

Un autre phénomène observé plusieurs fois, c'est une céphalalgie indépendante de toute modification dans la circulation; céphalalgie particulière occupant exclusivement les deux régions temporales et s'accompagnant quelquefois d'anorexie. On peut l'attribuer à l'influence toxique de l'hydrogène sulfuré; deux fois ces phénomènes d'intoxication se sont montrés d'une manière très-prononcée. Ainsi, les malades se sont trouvés mal dans la salle, il a fallu les transporter au grand air, les frictionner, leur faire respirer un peu d'ammoniaque; ces effets se sont reproduits en diminuant d'intensité chaque fois que le traitement était repris; il faut donc tenir compte de cet accident qui peut se renouveler chez les personnes très-impressionnables à l'action de l'acide sulfhydrique.

Chez plusieurs malades, un très-grand nombre de névralgies de la cinquième paire ont été notées; ainsi l'œil, la langue, l'oreille, les dents ont été simultanément ou isolément atteintes. Elles ont été attribuées au milieu comparativement frais où se trouvent les malades dans la salle d'inhalation, car elles s'observaient aussi bien chez ceux qui faisaient exclusivement usage de l'atmosphère pulvérisée que chez ceux qui n'employaient que la douche pharyngienne.

Cet abaissement de température est dans bien des circonstances un des inconvénients pour ainsi dire inséparables de la pulvérisation; car, plus la pression est grande, plus la pulvérisation est complète, et plus aussi les particules d'eau qui sortent des pulvérisateurs tendent à se mettre en équilibre avec le milieu ambiant. La caléfaction de l'eau au bain-marie n'y remédie que très-imparfaitement, et c'est sur l'atmosphère ambiante qu'il faut porter toute son attention pour éviter une réfrigération trop prompte. Mais si cet abaissement de température est nuisible à certains malades, il en est d'autres qui se trouvent très-bien au contraire de cette atmosphère humide et fraîche. Voy. PHTHISIE.

Action thérapeutique. Sur 566 malades soumis à l'usage partiel ou exclusif de l'inhalation et de la pulvérisation de l'eau sulfureuse d'Enghien, depuis quatre ans, par **M.** de Puisaye, il y avait :

Phthisie au premier degré.	38 cas.
— au deuxième degré	27
— au troisième degré	7
Bronchites	162
Pharyngite catarrhale	131
— compliquée d'herpétisme.	64
— coïncidant avec un état rhumatismal. .	28
Laryngite catarrhale	13
— compliquée d'herpétisme	9
— spasmodique	6
Asthme.	55
Amygdalites diverses	25

De ces faits nombreux il résulte : 1° que l'inhalation sulfureuse aussi bien que la pulvérisation, dans l'état physiologique comme dans l'état pathologique, a une action directe sur la muqueuse des voies aériennes, soit en excitant, soit en modifiant la sécrétion.

En dehors de cette action spéciale sur la muqueuse qui lui est commune, du reste, avec les autres modes d'emploi des eaux sulfureuses, l'inhalation, par son action sédative sur la circulation centrale, peut déterminer, lorsqu'elle est trop prolongée, des céphalalgies, des syncopes, voire même des phénomènes d'intoxication.

2° En raison de son influence sédative sur la circulation, l'inhalation sulfureuse peut être conseillée avec quelque avantage au premier degré de la tuberculisation alors qu'il y a hémorrhagie ; sans apporter, à ce degré de la maladie, aucune modification dans l'intensité de la toux. A une période plus avancée, lorsqu'il y a ramollissement, l'inhalation a paru déterminer une stimulation trop vive du foyer, ce qui, dans certaines formes de la tuberculisation, doit contre-indiquer son emploi.

3° Dans la bronchite, la pharyngite, la laryngite de nature catarrhale, on obtient de l'atmosphère pulvérisée des effets et des résultats analogues à ceux des autres modes d'emploi des eaux sulfureuses ; ils en diffèrent seulement par leur promptitude à se manifester, et quand il n'y a pas de complications diathésiques, l'inhalation sulfureuse et la pulvérisation peuvent constituer à elles seules tout le traitement.

4° A l'inverse de ce qui arrive par la toux chez les phthisiques, la toux de la bronchite catarrhale, sèche ou spasmodique, ainsi que celle des diverses espèces de pharyngite, se trouve profondément modifiée par l'inhalation sulfureuse ; il en est de même de la toux hystérique, des accès de coqueluche et de la dyspnée chez certains asthmatiques.

5° Enfin la douche d'eau pulvérisée aussi bien que l'inhalation sulfureuse sont appelées l'une et l'autre à rendre de très-grands services dans le traitement des diverses espèces de pharyngite et d'amygdalite chroniques. (*Ann. de la Soc. d'hydrologie méd.*, t. XI.)

Douches capillaires. Un nouvel appareil destiné à cet usage imaginé par le docteur de Laurès qui l'a souvent utilisé à Néris a été construit par M. Mathieu. Il se compose :

1° D'un vase de cristal dans lequel on verse par un entonnoir le liquide simple ou médicamenteux qui peut être employé à des températures variées ; 2° d'un corps de pompe portant un clapet au point où il s'adapte avec un tube d'aspiration ; 3° d'un levier destiné à faire, à l'aide du piston, la pression immédiate sur le liquide ; ce levier se dévisse à volonté ; 4° d'un tube emmanché sur le corps de pompe et se terminant en haut par un pas de vis destiné à recevoir différents ajutages (ajutage fixe, tube d'étain, etc.) perforés pour le passage de l'eau. La manœuvre de cet instrument est facile, et il se prête à une graduation facultative qui en favorise les applications. En les multipliant, la simplicité du mécanisme le met à l'abri des détériorations que l'on observe fréquemment dans les appareils de ce genre ; il ne présente aucun danger d'explosion, la pression agissant directement sur le liquide.

Employées au moyen de cet instrument dans plusieurs cas de névralgie opiniâtre et de paralysie, dans les divers hôpitaux de Paris, les douches capillaires ont été aussi efficaces qu'à Néris. (*Acad. de méd.*, mai.) Voy. Névralgies, Rétent. d'urine.

Les poussières liquides, lorsqu'elles sont grossières, ne pénétrant pas dans les tubes coudés ou courbes sans que ses particules liquides s'attachent aux parois selon les expériences de M. Sales-Girons, il a fait construire par M. Charrière un nouveau pulvérisateur, il faut dire *atomisateur* selon la réforme anglaise, qui produit le liquide sous la forme de nuage ou de fumée, tellement que la main placée dessous n'en est pas mouillée. La pénétration en est ainsi facilement profonde. M. Gavarret a donc pu dire en le présentant à l'Académie de médecine (février), que ce perfectionnement était le but final de l'inhalation des voies respiratoires. Il est en effet une réponse péremptoire pour ceux qui nient la pénétration des liquides par la pulvérisation. Car nul ne peut nier que sous forme de fumée, les corps ne s'in-

troduisent certainement par la respiration dans les tuyaux bronchiques les plus déliés, ainsi que les fumeurs en présentent tous les jours la preuve irrécusable en avalant, c'est-à-dire en aspirant, puis en expirant la fumée après l'avoir retenue dans les bronches sous forme de fumée; l'eau ne saurait donc faire exception à la loi commune.

Atomisation. Le mot de *pulvérisation*, accepté et répandu, depuis que M. Sales-Girons l'a appliqué au poudroiement des liquides à l'aide de ses ingénieux appareils pour le traitement des affections chroniques des voies respiratoires, a été changé par M. Morell Mackensie contre celui d'*atomisation* préférable sans doute comme plus exact et s'appliquant mieux à la division des particules aqueuses. Au moyen d'un nouvel appareil qui assure la pénétration des liquides, il a obtenu huit succès sur 10 cas de bronchite intense et rebelle dans une moyenne de quinze jours. L'expectoration, la douleur et la toux se sont amendées dans 4 cas de phthisie sur 6 ; les deux autres malades n'ayant pu supporter cette médication ; 2 hémoptysies en ont été arrêtées rapidement ; 3 cas d'asthme ont aussi été améliorés et une coqueluche a été promptement guérie (*Boyal med. and chir. Soc.*). L'appoint est donc précieux en faveur de la méthode.

Ce nouvel instrument imaginé par le docteur Siègle, de Stuttgard, et fabriqué par M. Galante, a l'avantage sur tous les autres de poudroyer les liquides médicamenteux sous forme de brouillard *à froid ou à chaud* à volonté. Il se compose d'un cylindre de métal à l'intérieur duquel est placée une lampe à alcool qui supporte une chaudière de cristal munie d'un goulot percé de deux trous. Dans l'un passe un tube de cristal que traverse la vapeur qui doit poudroyer le liquide médicamenteux, dans l'autre un petit manomètre au mercure marquant la force de pression ou une petite soupape de sûreté qui se soulève à deux atmosphères de pression.

A l'extérieur du cylindre est un récipient de porcelaine dans lequel plonge la seconde partie soluble du verre. Ce vase sert à contenir le liquide à pulvériser; une lampe à alcool placée dessous chauffe ce liquide. (*Acad. de méd.*, mars.)

De la pulvérisation; examen des débuts de la nouvelle méthode thérapeutique de M. Sales-Girons, par le docteur P. Delmas, directeur de l'établissement hydrothérapique de Longchamps. 28 pages in-8°.

PURPURA. Une forme spéciale en a été observée à la face dans la coqueluche. Voy. ce mot.

Q

QUININE. Elle est antidyscrasique et non antipyrétique, suivant le docteur Zimmermann de Dantzig. Il en trouve la preuve dans un cas d'albuminurie et d'hydropisie générale, à la suite d'une fièvre intermittente, disparue par son emploi. (*Betz's Mem.*)

Outre les auteurs anciens, Morton, Torti, Huxham, Pringle et de Haen, cités à l'appui de cette opinion, de nombreux exemples d'albuminurie avec infiltration ont été rapportés dans ces dernières années, qui témoignent qu'elles peuvent être combattues efficacement avec la quinine et d'autres toniques astringents, le tannin par exemple. L'avis du docteur Zimmermann mérite donc d'être pris en considération.

R

RAGE. A l'autopsie d'un militaire mort de la rage, à l'hôpital de Batna (Algérie), le 27 octobre 1864, M. Renard a trouvé on ne peut plus évidentes les traces d'un état de constriction prolongée pendant la vie du muscle constricteur inférieur du pharynx. La membrane muqueuse de l'œsophage était plissée en travers et toute ridée. Cette constriction expliquerait la difficulté d'avaler, et un resserrement de la gorge accusé par le malade et placé au bord supérieur du cartilage thyroïde. Elle semble expliquer également le resserrement de la glotte, et partant la gène de la respiration. Si cette observation est confirmée par d'autres, on pourrait tenter de combattre ce spasme par des injections hypodermiques d'atropine. Si malgré le peu d'espoir qu'il laisse de modifier cette constriction, ce moyen est rationnel et praticable, il n'en saurait être de même de la trachéotomie que l'auteur propose. (*Rec. de mém. de méd et chir. militaires*, janvier.)

Sur 98 chiens admis à l'Ecole vétérinaire de Lyon, en 1864, 50 étaient déjà enragés, et des 48 autres suspects, 4 seulement le devinrent en fourrière, et 14 ayant été retirés avant un temps suffisant d'observation, il s'ensuit que sur 34 chiens

suspects, 4 sont devenus enragés après une observation suffisante.

Des 54 cas de rage canine, un seul a guéri. Des 17 sur lesquels la durée de l'incubation a pu être fixée avec certitude, elle a varié de 12 à 60 jours, d'où M. Saint-Cyr conclut qu'une fourrière de 60 jours au moins est nécessaire pour toute sécurité, puisque la rage peut se développer après ce temps d'incubation.

Quant à la race dont l'auteur a donné la statistique, elle n'a de valeur qu'autant que le nombre des chiens de la ville serait énuméré suivant cette distinction. Elle ne montre autrement que ce fait bien connu, qu'aucune race n'en est exempte, non plus que l'âge. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 7.)

Sur la rage canine à Milan. Rapport du docteur Ch. Pasta, à la commission permanente pour l'étude et le traitement de l'hydrophobie. Traduit par M. Espagne dans le *Montpellier méd.*, août et septembre.

Résumé des principaux faits sur ce sujet, avec les détails originaux des expériences avec le curare et la statistique par sexe, âge, localité, époque, traitement des 113 personnes mordues en 1863, et reçues au grand hôpital de Milan.

RAMOLLISSEMENT. *Signes ophthalmoscopiques.* L'ophthalmoscope est devenu un précieux moyen de diagnostic du ramollissement cérébral aigu entre les mains de M. Gayet, dans le cas suivant : Un domestique de vingt-sept ans est renversé à terre par un cheval qui lui échappe, et la frayeur encore plus que le mal détermine, dans la nuit même de l'accident, un tremblement général de plusieurs heures et des cauchemars relatifs à cet accident. Sa santé s'altère, la vue se trouble, bourdonnements d'oreilles incessants qui gênent l'ouïe. A son entrée à l'hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis, n° 49, deux mois et demi après, ce garçon a tout l'air d'un amaurotique, il marche la tête levée et les yeux dirigés en haut. Ses bourdonnements d'oreilles reviennent toujours d'une manière intermittente, ses réponses sont lentes. Céphalalgie très-intense, constipation opiniâtre, intelligence parfaite, sans faiblesse ni tremblement du corps.

On était donc conduit naturellement dans ce cas à l'examen ophthalmoscopique. L'œil droit présente un milieu parfaitement transparent. Papille très-nettement visible, plus grosse qu'à

l'état normal, d'une teinte moins rose ; ses détails n'apparaissent plus ; les vaisseaux sont atrophiés et même voilés en quelques points.

Même aspect de la papille dans l'œil gauche ; plus en haut et en dehors (image renversée) se distingue un léger nuage gris masquant le bord papillaire ainsi qu'un groupe de vaisseaux se dirigeant dans ce sens. C'était un œdème papillaire avec exsudations, symptômes d'une névrite du nerf optique et l'image se rapportant trait pour trait à une affection dessinée dans l'atlas de M. Liebreich, et signe d'exsudation de la base du crâne ; le même diagnostic est porté sur ce malade.

L'événement ne le justifia que trop. Malgré un séton à la nuque et des purgatifs répétés, une crise épileptiforme survient avec roideur tétanique des membres qui se répète de plus en plus ; coma profond dans les intervalles, sans que le malade recouvre connaissance. Après cinq jours de cet état, un mois après son entrée à l'hôpital, il succombe le 27 décembre, alors que la veille même on a constaté que les lésions oculaires ne sont pas modifiées.

A l'autopsie, congestion manifeste des méninges ; sinus cérébraux gorgés de sang ; sur le lobe antérieur droit du cerveau, au niveau de l'angle qui réunit la face interne de cet hémisphère avec sa surface supérieure, faisant saillie dans la grande scissure médiane, on aperçoit une masse rougeâtre gélatiniforme, qui, partagée par une coupe, dénote la présence d'un ramollissement cérébral aigu, avec épanchement sanguin récent. Un autre foyer apoplectiforme se voit à l'extrémité antérieure du même lobe, et un troisième dans la partie antéro-latérale du corps calleux, à peu près à l'endroit où les fibres transverses de ce corps se recourbent au-dessus de la corne antérieure du ventricule latéral.

Tout autour de ces foyers, la substance cérébrale a un aspect gélatiniforme ; le reste de la masse est œdématié et présente un piqueté manifeste. On ne remarque aucune lésion au niveau des couches optiques, des tubercules quadrijumeaux, non plus qu'aux environs de l'origine du nerf auditif. Un léger aplatissement du nerf optique du côté droit attire seul l'attention.

En résumé, rien qui puisse expliquer les lésions du globe oculaire et les troubles de l'ouïe, tandis que nous trouvons des lésions assez étendues et qui coexistaient cependant avec une intégrité parfaite de l'intelligence et une absence complète de

toute paralysie. (*Soc. des sc. méd.* et *Gaz. méd. de Lyon.*)

Le ramollissement et la congestion du cerveau principalement considérés chez le vieillard. Etude clinique et pathogénique, par le docteur Laborde, ancien interne des hôpitaux, lauréat (médaille d'or) de la Faculté de médecine de Paris, etc. Un volume in-8° de 440 pages et planches coloriées contenant 6 figures.

RATE. Appliquant le principe posé par M. Cl. Bernard : que le sang veineux des glandes diffère à l'état de fonctionnement ou de repos, MM. Estor et Saintpierre ont constaté que la quantité d'oxygène varie du simple au double dans la rate, tandis que celle du sang artériel est sensiblement constante. Ainsi, après avoir trouvé 11, 69 d'oxygène dans le sang de la veine splénique d'un chien à jeun depuis vingt heures, une injection de lait dans l'estomac a suffi pour qu'aussitôt outre les modifications de volume, de couleur et de consistance de la rate, le sang de cette même veine ne contînt plus que 7, 26 d'oxygène, d'où ils concluent que la rate fonctionne en alternant avec l'estomac. (*Acad. des sciences*, janvier.)

Une cause d'erreur dans la percussion de cet organe a été signalée par M. Van der Donckt. A l'autopsie d'un homme mort à l'hôpital militaire, le 3 septembre 1864, on la trouva recourbée presque à angle droit sous le diaphragme et, plus loin, sous la limite extrême du bord gauche du foie, embrassant dans sa courbure la grosse tubérosité de l'estomac pour se terminer par son sommet au devant du cardia. Une ligne de démarcation bien tranchée par la couleur la séparait en deux : la partie recourbée était d'un rouge assez clair, la droite ou inférieure d'un rouge noirâtre très-foncé. La première avait 76 millimètres de long et la seconde 77. La percussion pendant la vie n'avait décelé que celle-ci s'étendant de la huitième à la onzième côte sans dépasser la ligne axillaire de 3 centimètres au niveau du dixième espace intercostal. (*Ann. de la Soc. méd. de Gand*, février.)

Traitement. *Scille.* Elle a eu une action très-manifeste dans un cas de tuméfaction croissante de la rate, sans cause appréciable, chez un homme soumis à l'observation du docteur Hennighe, et qui avait eu, quinze mois auparavant, une pleurite gauche ayant déterminé le déplacement du cœur sans fièvre intermittente intercurrente. Dans l'hypochondre gauche existait

une tumeur dure, élastique, peu mobile, dont le bord antérieur était borné à la région épigastrique, dépassant de trois pouces le rebord antérieur des côtes, et s'étendant parallèlement à l'axe de la dixième côte, vers la colonne vertébrale. On pouvait, par places, la saisir à travers les parois abdominales. Par l'usage de quinze gouttes, cinq fois par jour, de teinture de scille, la tuméfaction diminua tous les jours, la sécrétion urinaire augmenta, et au bout de trois semaines, le malade était guéri. (*Gaz. méd. de Strasb.*)

Excision. Elle a été tentée par M. Spencer-Wells, le hardi, heureux et célèbre ovariotomiste anglais, sur une personne vivante. C'est le troisième exemple, dit-on, dans l'histoire de la chirurgie, et le premier en Angleterre. L'essai est donc aussi nouveau que téméraire et audacieux. Deux exemples, que l'on rappelle sans doute pour justifier le troisième, paraissent seulement en avoir été publiés en Allemagne, et dont les sujets sont morts immédiatement. Dans le cas actuel, il s'agit d'une femme mariée de trente-quatre ans, mère de deux enfants, qui se mourait de la compression exercée par sa rate considérablement hypertrophiée et qui, selon l'avis du docteur Jenner, le médecin de la reine, et de M. Wells, ne pouvait vivre qu'en en étant débarrassée. Elle fut donc opérée le 20 novembre dernier à Mary le Bone, sans que l'opération ait présenté de difficulté. Une incision de 7 à 8 pouces de long sur le bord externe et gauche de l'abdomen permit de mettre la rate à découvert et de l'extraire facilement. Des fils de soie jetés sur les vaisseaux, liés et coupés ras, furent replacés aussitôt dans la plaie. Le seul symptôme particulier observé fut une extrême faiblesse des jambes peu d'heures après l'opération. Dès le lendemain, la pièce anatomique a été soumise à la *Pathological Society*, son poids était de 6 livres 4 onces (*avoir du poids*), soit 2,834 grammes y compris le sang écoulé après l'excision. Elle avait 7 pouces de long, 8 de large et 3 à 4 d'épaisseur. L'opération fut bien supportée et les suites faisaient espérer un résultat favorable, lorsque le septième jour, un frisson se déclara et l'opérée succomba à une infection purulente. L'autopsie montra un épanchement dans le péricarde et les plèvres sans traces de péritonite ni hémorrhagie.

Cette opération est comme le thermomètre de la hardiesse chirurgicale anglaise. On pouvait espérer du moins trouver des

motifs plausibles à son exécution dans les débats qu'un fait si extraordinaire semblait devoir provoquer à la *Société pathologique*. Mais il n'en a rien été. On l'a accepté comme très-naturel. Il n'a donc qu'un intérêt historique et c'est à ce titre seul que nous le consignons ici.

M. Philipeaux avait annoncé, en 1861, qu'ayant extirpé la rate chez trois rats albinos, âgés de deux mois, il avait trouvé, dix-sept mois après, cet organe reproduit, avec des dimensions variées et sa structure normale.

M. Peyrani répéta ces expériences sur des cochons d'Inde et arriva à des résultats tellement différents, qu'il concluait le 2 décembre 1861, dans la *Gazzetta medica italiana:* « La rate, extirpée en totalité, ou même en partie, ne se régénère jamais. »

Par de nouvelles expériences sur des surmulots et des lapins, M. Philipeaux a reconnu que la rate ne se reproduit pas. Une troisième série d'expériences lui donna le mot de l'énigme, en lui faisant reconnaître que la rate, *complétement* extirpée sur les surmulots ou les lapins encore très-jeunes, ne se reproduit jamais : tandis que, enlevée *incomplétement* sur ces mêmes animaux et dans les mêmes conditions d'âge, elle se reproduit toujours. Par conséquent, M. Peyrani était dans l'erreur, au moins lorsqu'il concluait que la rate *enlevée en partie* ne se reproduit jamais. » (*Acad. des sc.*, décembre.)

Hypertrophie congénitale. Je fus consulté, dit le docteur Hawelka, pour un enfant de quatre mois, présentant depuis sa naissance une énorme tumeur du bas-ventre avec aspect caractéristique de la cachexie paludéenne, teint terreux, amaigrissement excessif, allanguissement général. La rate dépassait d'un pouce la ligne médiane de l'abdomen et descendait jusqu'au ligament de Poupart. Il n'y avait pas d'accès fébriles évidents, mais la mère qui habitait Peschiera pendant sa grossesse avait été atteinte de fièvre tierce vers le deuxième mois.

L'enfant ne pouvant tolérer le sulfate de quinine, celui-ci fut administré à la nourrice et après 6 semaines de ce traitement indirect, la rate avait diminué de volume ; après deux mois, elle n'arrivait plus qu'à un pouce à gauche de la ligne médiane et à un pouce et demi du ligament de Poupart, et pendant 6 mois que l'on continua ainsi, les forces et le teint augmentèrent progressivement. A un an, époque du sevrage, la

rate n'avait plus que le double du volume normal. Le traitement direct auquel l'enfant put alors être soumis acheva la guérison, et à deux ans sa santé ne laissait plus rien à désirer. (*Wien. med. Wochenschr.*, n° 47.)

Il semble que dans les contrées miasmatiques, en Afrique, dans la campagne de Rome, dans la Sologne par exemple, les cas de ce genre devraient se rencontrer et pourtant nous n'avons jamais lu d'observation semblable. Elle mérite, à ce titre, d'être connue.

RECRUTEMENT. Une excellente étude statistique et médicale sur ce sujet, limitée au département de l'Indre, de 1838 à 1864, par M. Bertrand, médecin-major de 2e classe, montre que l'aptitude au service militaire y progresse surtout par la diminution des infirmités. Ce fait s'observe principalement dans les cantons où le sol est sec et dépourvu de forêts comme dans ceux de la Champagne notamment. La proportion augmente dans ceux où il est humide et boisé et surtout où se rencontrent les brandes, les marais, les étangs et un sol argilo-calcaire, rebelle à la culture.

L'abaissement de la taille s'observe surtout dans le Brennec, pays à fièvres; d'où cette proposition qu'il y a un rapport très-étroit entre ces deux faits. (*Recueil de méd. milit.*, octobre.)

Ces conclusions sont trop importantes pour que l'État n'en cherche par la confirmation. Qu'un travail sur le modèle de celui-ci soit fait dans chaque département et l'on connaîtrait l'influence du sol français dans ses effets les plus saillants. Les lois de l'hygiène en seraient ainsi mieux assurées.

REIN. Reins flottants. Cette affection, désignée aussi sous les noms de mobilité, de luxation ou de déplacement des reins, et de laquelle M. Fritz a réuni 35 exemples disséminés dans la littérature médicale, cette affection, dis-je, paraît infiniment plus fréquente à M. Becquet qu'on ne le croit généralement. Les médecins ne s'en sont pas aperçus à défaut d'avoir examiné minutieusement, leur attention n'étant pas éveillée sur ce point. L'enveloppe peu résistante du péritoine qui maintient ces organes en place leur permettant facilement de se déplacer par une violente secousse, comme des exemples en ont été relatés.

Mais une augmentation de volume et de poids de l'organe est la condition efficiente du déplacement qu'elle résulte d'une hydronéphrose, d'un calcul ou d'une tumeur quelconque. La congestion réitérée, comme phénomène concomitant de la fluxion cataméniale, lui paraît surtout en être le point pathogénique principal. Ainsi, sur les 35 cas rapportés par M. Fritz, il y a 30 femmes qui, sauf une seule exception, avaient de dix-huit à quarante-cinq ans. De même des 6 faits qu'il ajoute à cette statistique et qui viennent à l'appui de cette étiologie. Sans doute, l'usage de corsets trop serrés, des grossesses multipliées, ont une part d'influence dans ce fait, mais la période d'activité des fonctions génitales et reproductrices correspond dans la presque totalité des cas à expliquer cette lésion.

Ce ne serait donc plus là un fait isolé sans liens pathologiques comme on l'admettait, un simple déplacement anatomique; mais une véritable maladie dont il retrace ainsi l'évolution.

Au moment où s'effectue la fluxion cataméniale, les reins s'associent à cette congestion des organes génitaux et se tuméfient. Moins rare qu'on ne le suppose, ce fait, peut-être physiologique, ne donne-t-il pas l'explication des douleurs de reins qui signalent l'époque des règles, surtout chez les femmes mal réglées?

Ainsi tuméfié et rendu plus pesant, le rein, surtout le droit, fait effort contre les faibles obstacles qui le retiennent et tend à sortir de sa place. Et s'il reprend sa place par la disparition de la congestion, celle-ci, en se répétant chaque mois, finit bientôt par le déplacer réellement et lentement ainsi, sans souffrances et par un processus insensible; cet organe apparaît tout à coup libre et flottant dans l'abdomen, soit au moment des règles ou après une fatigue ou une secousse violente.

Une douleur aiguë, incisive, instantanée dans la région lombaire, en est le signe. La malade est obligée de s'étendre; l'attitude, le facies, indiquent une violente névralgie, une colique néphrétique, une péritonite; mais une tumeur allongée, dure, lisse, douloureuse au toucher, ayant la forme du rein dans un des côtés du ventre, servira à établir le diagnostic différentiel. Le praticien peut pourtant rester embarrassé à cet égard, car quelques jours, quelques heures même suffisent pour que la congestion cesse, et le rein rentre dans des conditions plus normales qui ne permettent souvent plus de le sentir. Ces accès peuvent se renouveler pendant des années, à différents inter-

valles, jusqu'à ce que, contractant des adhérences avec le péritoire, le rein y reste fixé et immobile ; c'est la deuxième période de la maladie.

C'est donc à interroger, à examiner le rein dans ces cas de coliques nerveuses, à saisir les premiers indices de sa congestion, à en apprécier la tuméfaction, ensuite la sensibilité que le praticien doit s'appliquer. Il pourra ainsi établir un diagnostic précis, exact, et par suite un traitement rationnel, efficace, car on comprend qu'à la deuxième période, et surtout à la troisième, il ne peut être que palliatif. La position horizontale, le repos pendant les règles et même quelques jours avant et après, l'interdiction de la danse et de l'équitation, du corset, sont les meilleurs moyens préventifs. Les autres doivent tendre à combattre la cause même de la congestion mensuelle.

Si cette étiologie est vraie, la ménopause, en faisant cesser la cause, ne peut être que favorable. Il en faut tenir grand compte dans le pronostic à tous les degrés de cette maladie. (*Arch. de méd.*, janvier.)

La constatation de ce déplacement chez l'homme, comme il en rapporte de nouveaux exemples, est une preuve pour M. Trousseau que d'autres causes que le corset, la menstruation, concourent à le produire. Unie aux lésions de volume, congestion, hydronéphrose dont cet organe est le siége, sa faiblesse des moyens de contention suffit à l'expliquer. Sa fréquence à droite n'est peut-être pas étrangère à l'action du foie.

Quant aux symptômes, il résulte des recherches de M. Walther, qu'ils sont à peu près seuls dans la majorité des cas. C'est accidentellement que l'individu affecté s'aperçoit d'une tumeur dure, mobile et assez peu douloureuse à la pression. En se plaçant alors du côté où elle siége, le côté droit, par exemple, le médecin glissera sa main gauche le long du rebord des dernières fausses côtes, entre celles-ci et la crête iliaque, puis, de sa main droite, déprimera lentement la paroi abdominale, de manière à refouler les intestins et arriver au contact du rein déplacé qui se trouve ainsi saisi entre les deux mains. On constate sa forme ovoïde, lisse, orbe dans ses contours, c'est-à-dire les caractères physiques du rein et sa mobilité. C'est ainsi que M. Walther a pu s'assurer de la fréquence de cette ectopie.

Le plus souvent on ne peut suivre l'organe dans toute son étendue; on n'en sent habituellement que la partie supérieure, l'organe se présentant obliquement, d'arrière en avant, et de

dehors en dedans. Cette tumeur dure est mate à la percussion. Une palpation habilement pratiquée permet de reconnaître que la région rénale correspondante au côté où se trouve la tumeur ne contient pas le rein. L'examen sera surtout convaincant, si l'on explore successivement les deux régions rénales. Une telle investigation servira de contre-épreuve et de confirmation pour le diagnostic.

Les troubles fonctionnels, quand ils existent, sont de vagues malaises, des sensations de pesanteur, de tiraillement, de pincement, atteignant jusqu'à la douleur. Quand il y a de la douleur, elle est rarement sourde; on l'a vue aller parfois jusqu'à la lipothymie. Il semble aux malades qu'un de leurs organes s'est *décroché* et qu'il flotte dans leur ventre. Ces sensations s'aggravent par les grands efforts musculaires, une marche prolongée ou rapide, la danse, l'équitation, les cahots d'une voiture mal suspendue. C'est parfois sous l'influence de ces causes qu'elles sont pour la première fois ressenties. D'autres fois, c'est à l'occasion d'une pression trop considérable exercée par un vêtement étroit que la douleur est éveillée.

La sécrétion urinaire n'est en aucune façon influencée; il en est ainsi de la miction.

Les reins mobiles peuvent donner lieu à une infinité d'erreurs de *diagnostic*. Chez le malade de la consultation de l'Hôtel-Dieu, on avait cru à une série d'attaques de *péritonite*. Chez un autre, vu en ville, on croyait à l'existence d'une *tumeur de mauvaise nature*. « J'ai vu, dit M. Cruveilhier, la tumeur formée par le rein droit déplacé, traitée comme une *obstruction du foie* ou comme une *production morbide*. » « Les douleurs qui accompagnent parfois la mobilité des reins, ajoute M. Rayer, ont été prises pour des *coliques nerveuses*, pour des phénomènes d'*hypochondrie*, et parfois même pour des *névralgies lombaires* ou *sciatiques*. » Enfin on a pris le rein déplacé pour une tumeur du foie, de la vésicule biliaire, de la rate, du mésentère, de l'intestin, invagination ou surtout un amas de matières fécales, pour un kyste fibreux de l'ovaire. On a confondu aussi les douleurs lombaires pour celles de la métrite chez des femmes affectées tout à la fois d'ectopie rénale et de leucorrhée.

En soi, cette lésion n'a vraiment pas de gravité, sinon par les erreurs auxquelles elle donne lieu et les médications erronées et nuisibles qui en découlent (*Union méd.*, n° 32). C'est donc à un diagnostic exact que le praticien doit s'appliquer, et c'est

pourquoi il convenait de rappeler les moyens capables de l'établir.

Une grave erreur de diagnostic, un rein flottant pris pour un kyste de l'ovaire, et opéré comme tel, vient à l'appui de cette étiologie de M. Becquet. (V. OVARIOTOMIE). A l'autopsie on trouva une tumeur entée sur le rein gauche qui était tourné sur lui-même de manière que le hile regardait en arrière et à gauche, et son bord convexe en avant. Une section montra la tumeur proprement dite, de consistance semblable à la substance cérébrale, d'un gris blanchâtre, sillonnée de grandes ramifications veineuses, distincte du tissu rénal même, quoique enveloppée dans la même capsule fibreuse. C'était en un mot une altération du rein même. Son plus grand diamètre était de 4 pouces et demi, le plus petit de 3 pouces et demi, et sa circonférence de 12 pouces environ. (*Lancet*, n° 11.) Voy. ABCÈS PÉRINÉPHRIQUES, HYDRONÉPHROSE.

RELACHEMENT DES SYMPHYSES. — Cet accident, consécutif à l'accouchement, est rare, et, dès lors, souvent méconnu quand il existe, et pris pour une maladie de la moelle ou de l'utérus. Chez quatre femmes dont il signale l'histoire, M. Trousseau ne parvint à établir ce diagnostic que par élimination et en constatant que l'utérus était intact, aussi bien que la sensibilité des membres inférieurs et les mouvements, pourvu que les femmes fussent couchées.

Cependant elles ne pouvaient se soutenir ni marcher seules. L'une *canetait*, traînant péniblement ses jambes l'une après l'autre et s'inclinant fortement à droite ou à gauche, suivant le pied qu'elle avançait. Il lui était impossible de se tenir à cloche-pied, et s'affaissait dès qu'elle l'essayait, accusant une vive douleur dans les hanches et dans les reins. Une autre traînait ses pieds comme une paralytique, et, dès qu'elle levait une jambe, l'autre se fût pliée si on ne l'eût soutenue.

Les souffrances accusées par les malades dans ce cas sont très-vagues, ce sont des douleurs dans les reins, dans tout le bassin; chez celle-ci, dans les reins et dans le bas-ventre, quand elle se tenait debout; chez celle-là, une faiblesse, pénible chez une autre, et des douleurs utérines chez la dernière. Ce n'est que par le toucher, la pression des symphyses sacro-iliaques et pubiennes que l'on détermine le véritable siége du mal par la douleur qui en résulte, et même l'écartement des os, le ramollissement des cartilages, dans certains cas.

Le traitement de cette affection est un critérium infaillible du diagnostic. Il suffit d'entourer le bassin et le haut des cuisses d'un fort bandage bien serré pour voir aussitôt les femmes marcher et se tenir debout. L'épreuve est décisive, selon M. Trousseau. On remplace ce bandage par une ceinture lacée en coutil que la femme porte jusqu'à ce qu'elle éprouve de la faiblesse sans cet appui.

Bien que le pronostic ne soit pas grave en général, une inflammation aiguë peut envahir les symphyses et, sous l'influence de l'état puerpéral, déterminer des accidents mortels. Deux nouvelles accouchées en furent ainsi victimes. Il convient donc d'apporter une sérieuse attention à ces douleurs des symphyses pour y remédier de bonne heure et prévenir ainsi de plus graves accidents. (*Union médicale*, n° 37.)

RÉSECTION. — Résections sous-périostées. — La reproduction des os après ces résections, contestée en principe et en fait par des observateurs de mérite, comme MM. Sédillot (de Strasbourg), Desgranges (de Lyon), doit être démontrée par des preuves palpables, irrécusables et hors de contestation. C'est ce qu'a fait M. Ollier, en présentant à la Société de médecine de Lyon une jeune fille de quinze ans, scrofuleuse, admise à l'Hôtel-Dieu pour une ostéite suppurée de l'humérus gauche, suite de chute et compliquée d'une large ouverture de l'articulation scapulo-humérale. Le 16 septembre 1864, il pratiqua l'opération suivante :

Après une incision longitudinale de 8 à 9 centimètres, partant du sommet de l'acromion et se dirigeant, à travers la plaie en bas, parallèlement aux fibres du deltoïde, celles-ci sont dissociées, et l'on arrive sur l'os en incisant le périoste. Sans couper aucun tendon, la tête de l'humérus est dénudée des tissus fibreux qui l'entourent avec la sonde rugine ; on la fait saillir, on la luxe en dehors et l'on détache ensuite le reste du périoste de haut en bas. En dedans, l'os était dénudé et recouvert de pus concret ; sa surface était inégale, érodée ; des fusées purulentes partaient de ce point. Aussi dut-on aller plus bas, et 12 centimètres, soit la moitié supérieure de l'humérus, furent ainsi retranchés de cet os. La gaîne du périoste était complète, moins les endroits à la partie interne où il manquait et sur la tête de l'os.

L'os enlevé présente la tête humérale aplatie, déformée,

recouverte de son cartilage ramolli, inégal et en voie de résorption sur plusieurs points. Pas de ramollissement ni de dégénérescence du tissu osseux présentant, au contraire, des saillies, des ostéophytes de consistance comme éburnée en certains points. La surface toute dépouillée est inégale, rugueuse et aplatie d'avant en arrière, au niveau du col chirurgical. Des ostéophytes et des sillons vasculaires existent au-dessous, et l'os est plus irrégulier et plus gros dans son ensemble, au niveau de sa dénudation.

Le bras, maintenu entre deux attelles, présentait, dès le 10 octobre, une masse déjà résistante. Lacé le 20 dans une gouttière, une masse de plus en plus résistante se sentait le 31, avec un raccourcissement de 31 centimètres. Enfin, le 25 janvier 1865, après divers incidents, on sent deux masses osseuses de nouvelle formation aux deux extrémités, avec une pseudarthrose mitoyenne. Le deltoïde commence à se contracter sous l'influence de l'électricité, et l'opérée se sert un peu de son bras.

Application d'un bandage amidonné jusqu'au 25 février, où l'on constate un cylindre osseux continu à la place de l'os enlevé. On électrise les parties musculaires tous les jours, et le mouvement du bras augmente graduellement, ainsi que l'ossification, de manière que l'opérée porte sa main gauche sur la tête, écarte le bras du tronc de près de 10 centimètres, et s'en sert pour les divers usages de la vie mieux qu'elle ne l'avait fait depuis sept ans.

Lors de la présentation, le 10 avril, il n'y a plus de raccourcissement. La substance osseuse est solide, résistante au toucher et à une forte pression sans aucune scission appréciable, et il est impossible de dire à quel endroit la résection a été faite. Le cylindre se prolonge jusqu'au niveau de la cavité glénoïde, où l'on sent une masse de tissu fibreux qui empêche de vérifier l'état réel de la tête. L'utilité du périoste et la réalité de ses propriétés ostéogéniques est des plus évidentes.

Néanmoins, M. Desgranges, en niant l'ostéite, a changé l'interprétation de cette reproduction du périoste qu'il ne pouvait nier. C'est là, suivant lui, une suite toute simple de la nécrose, comme il en existe de nombreux faits dans la science. L'os n'était pas gonflé comme dans l'ostéite. S'il n'y avait pas de séquestre détaché, c'est qu'il n'avait pas eu le temps de se faire, et voilà pourquoi le périoste adhérait en dehors. Mais

M. Chauveau a tranché la question en disant qu'en produisant des nécroses artificielles, il s'établit une ligne sineuse très-marquée entre le vif et le mort, et cette ligne de démarcation n'existant pas sur la pièce pathologique, il y a lieu de conclure à une ostéite. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 10.)

Quel progrès la chirurgie doit-elle au périoste? par le docteur Desgranges, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine. In-8° de 40 pages.

Examen de la question et des faits tel qu'il a été produit au congrès de Lyon, avec un esprit en apparence non prévenu, mais qui interprète néanmoins toujours de la même manière en faisant plier les faits sous ses arguments. C'est la négation de la doctrine nouvelle de la régénération des os par la conservation du périoste.

Résections articulaires. Au lieu de couper les muscles aussi près que possible de l'os comme il est de précepte, M. Ollier ne coupe ni les muscles, ni les tendons, ni les ligaments ; il détache toutes ces parties et les laisse se continuer avec le périoste et la capsule articulaire, non-seulement pour les muscles qui recouvrent les articulations, mais pour ceux qui s'insèrent au voisinage, sur les têtes osseuses ou un tendon coupé, se retirent, se rétractent et, dans la cicatrisation, se soudent à des parties en rapport anormal, ce qui annihile et pervertit leur action.

Tous les chirurgiens coupent par exemple le triceps dans les résections du coude, les sous-scapulaire, sus et sous-épineux ; dans les résections de la tête de l'humérus, quelques-uns même coupent le biceps. Au contraire M. Ollier détache les tendons avec la sonde rugine et laisse intacte la loge fibro-musculo-tendineuse dans laquelle tout os est renfermé. De cette manière, ils conservent leurs rapports, leurs attaches, soit qu'ils s'insèrent sur l'os reproduit, soit qu'ils se continuent sur l'os ancien au moyen d'une bande fibreuse quand la reproduction de la partie reséquée fait défaut. (Voy. RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES.) On donne ainsi à ces résections tous les avantages que M. le professeur Sédillot attribue à la méthode de l'évidement qu'il leur oppose pour la reproduction des os.

Résection temporaire. Voy. POLYPES NASAUX.

Résection du genou. Un beau succès en a été présenté à la Société de médecine de Lyon par M. Gayet, dans la séance du 1er mai, et obtenu sur un homme atteint d'arthrite chronique avec abcès et gonflement, auquel il avait reséqué 6 centimètres d'os, il y a un an environ, par la méthode de Syme. Malgré de nombreux accidents consécutifs et la formation de douze fistules, après six mois de séjour à l'hôpital, l'opéré fut envoyé dans son pays, où il guérit parfaitement. Trois fistules subsistent encore, mais le membre est très-solide, et l'opéré peut faire des marches assez longues avec une canne. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 12.)

Dans la discussion qui s'en est suivie, il n'y aurait eu que des éloges et des félicitations à recueillir pour le jeune chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu, sur cet heureux résultat d'une opération entourée encore de tant de préventions en France, si ce n'étaient les restrictions qu'y a mises M. Desgranges. Au lieu d'en rechercher, comme ses collègues, les indications et les contre-indications, il ne voit dans ce succès qu'une exception qu'il tend encore à amoindrir par toutes sortes d'insinuations anglophobiques propres à discréditer cette résection comme les résections sous-périostées. Une sourdine est ainsi placée en permanence contre l'élan des jeunes chirurgiens lyonnais, mais, en s'y accoutumant, il est à craindre qu'ils ne passent outre.

A description of the diseased conditions of the knee-joint (Description des conditions pathologiques du genou qui réclament l'amputation ou la résection), par Price, ancien chirurgien de l'hôpital *Great-Northern*, publié et annoté par Henri Smith, chirurgien-adjoint de l'hôpital de *King's College ;* 92 p. in-8°, Londres.

Présenté au concours du collége royal des chirurgiens pour le prix Jackson, ce travail traite principalement de la résection du genou, dont il contient 291 cas collectés dans les auteurs. La mortalité est de 78, c'est-à-dire 1 sur 3, 7 ; 238 cas appartenant au chirurgien anglais donnent une mortalité de 55, c'est-à-dire 1 sur 4,3. L'amputation de la cuisse donne une proportion de 1 décès sur 3 à 5 cas.

Résection tibio-tarsienne. En traitant de cette opération devant la Société de médecine de Berlin, le 10 janvier, le professeur Langenbeck a fait connaître qu'il avait eu occasion de

la pratiquer 4 fois depuis 1850 dans sa clientèle. Elle était indiquée par une suppuration longue, provenant de lésions articulaires graves dans trois cas et particulièrement de luxation du pied avec fractures des malléoles dans deux. Dans deux cas, 3 centimètres du tibia furent reséqués, et les deux malléoles avec la portion articulaire de l'astragale dans le 3ᵉ. Le quatrième était celui d'un officier russe qui, à la bataille de l'Alma, eut l'articulation fracassée par une balle Minié ; 4 centimètres du tibia furent reséqués ainsi que la plus grande partie de l'astragale. Dans tous ces cas, le périoste fut entièrement conservé et la guérison s'ensuivit avec une nouvelle formation osseuse sans raccourcissement du membre. Dans deux cas, il y eut ankylose, le mouvement articulaire se rétablit parfaitement dans les deux autres.

Il l'a pratiquée 5 fois durant la campagne du Schleswig, alors que l'amputation paraissait une nécessité ; par exemple, chez un jeune lieutenant danois ayant reçu une balle le 29 juin qui, en entrant par la crête du tibia, était sortie à côté du tendon d'Achille en brisant les extrémités inférieures du tibia et du péroné. La portion reséquée du tibia était brisée en 14 fragments. Quoique fracturée transversalement, la malléole externe fut conservée ainsi que l'astragale. Une incision transversale réunit en dedans les deux ouvertures, deux lambeaux furent détachés avec le périoste, l'os lésé fut excisé et la guérison fut rapide avec l'aide d'un bandage plâtré.

Dans deux autres cas, les deux malléoles et l'astragale durent être enlevés ; dans le quatrième, ce fut l'extrémité inférieure du tibia et la partie supérieure de l'astragale. Enfin, ce fut l'extrémité du tibia et du péroné dans le cinquième qui fut seul mortel par gangrène nosocomiale. C'est donc 8 succès sur 9 résections ; statistique bien autrement favorable que l'amputation. (*Berl. Klin. Vochenschr.*, n° 4.)

Résection du coude. Sur 20 cas, recueillis par M. le docteur Painetvin dans les hôpitaux de Paris et consignés dans sa thèse inaugurale, 10 opérés ont guéri, 3 ont dû subir plus tard l'amputation, 6 sont morts, et le dernier a conservé des fistules persistantes, malgré un certain degré de flexion. Si donc les guérisons sont plus lentes et moins nombreuses qu'avec l'amputation, c'est du moins avec la conservation du membre, et comme il en est de même de la mortalité, cela établit une compensation à l'avantage de celles-ci.

Excision du poignet. Une monographie complète de cette opération a été publiée par le professeur Lister de Glasgow, dans la *Lancet*, nos XII à XIV. Dix observations détaillées avec planches et tous les détails du manuel opératoire, du pansement, en font une des pièces les plus importantes à consulter sur ce sujet.

Priolabe. Ainsi nommée en raison des deux pièces principales qui la constituent, cette nouvelle scie à résection a été inaugurée par M. le docteur Fauvel, du Havre. Elle se compose d'une pince ou davier assez fort et d'une scie en arc de cercle. Ces deux pièces sont réunies par un coulisseau. Elle ménage ainsi les parties molles et n'exige pour cette application qu'une plaie relativement petite, grâce à la courbure de sa lame. Elle n'est pas sujette à s'enclaver et à se briser comme la scie à chaîne. Le davier fixe l'os et immobilise la scie, qui produit forcément une section nette et déterminée. Enfin, elle n'exige ainsi qu'une seule main pour fonctionner. (*Acad. de méd.*, octobre.) Voy. Trépan.

RÉTENTION D'URINE. Parmi les nombreux obstacles qui peuvent la produire en dehors de la vessie, il faut signaler les cas de kystes hydatiques qui se rencontrent dans le cul-de-sac vésico-vaginal comme pouvant être l'objet de méprises dangereuses. Voy. Kystes.

Cet accident peut aussi donner lieu à une hydropisie spéciale qui ne reconnaît pas d'autre cause, et dont M. le professeur Trousseau a fait l'objet d'une excellente leçon. Voy. Anasarque.

Traitement. *Ponction de la vessie*. C'est l'opération la plus rationnelle, selon M. Deneffe, à opposer à la rétention d'urine résultant de violences périnéales, surtout s'il y a lieu de redouter une rupture de l'urèthre, comme dans le cas qui lui a suggéré ces réflexions. Voy. Rupture. Le cathétérisme prolongé, répété, au milieu de parties gonflées, contuses, déchirées, déformées, ne fait qu'augmenter l'irritation, prédisposer à des abcès dangereux sans parvenir le plus souvent dans la vessie. Et d'ailleurs, lors même qu'elle y parviendrait, la sonde à demeure ne pouvant être le plus souvent supportée dans ces cas, et donnant lieu à de graves dangers, ce moyen doit être abandonné s'il détermine de la souffrance pour la

ponction vésicale qui, d'après J. L. Petit, est un coup d'épée dans l'eau, quant à l'innocuité, contrairement aux assertions mensongères des chirurgiens actuels, que c'est l'extrême-onction chirurgicale. En effet, sur 200 cas réunis dans sa thèse, **M.** Deneffe a trouvé les résultats suivants :

		Succès.	Morts.
Ponction périnéale.	8	6	2
— rectale.	97	87	10
— hypogastrique.	95	78	17
	200	171	29

De ces 29 insuccès, l'autopsie, pratiquée dans 23 cas, a montré que l'opération était étrangère à la mort 21 fois. Un pareil résultat est donc péremptoire, et c'est ainsi que le confirme l'observation remarquable du professeur Sédillot, publiée l'année dernière. (*Ann. de la Soc. méd. de Gand*, février). En supprimant l'écoulement de l'urine sur les parties lésées, malades, on en fait ainsi une plaie simple dont on augmente par là les chances de guérison, à en juger par quelques succès de rétrécissements infranchissables de l'urèthre et du rectum traités ainsi par la ponction. Voy. RÉTRÉCISSEMENTS.

Douches intra-vésicales. L'inertie ou l'atonie de la vessie et son défaut de contractilité étant souvent l'unique cause de la rétention d'urine chez les vieillards, malgré l'existence d'obstacles mécaniques concomitants à la prostate (valvules ou engorgement), ce dont il est toujours facile de s'assurer par le cathétérisme et le catarrhe vésical qui s'ensuit, entretenant et aggravant cet état, M. Foucher a imaginé de combattre ces deux causes morbides à la fois en pratiquant des douches capillaires intra-vésicales. Il emploie à cet effet une sonde dont l'extrémité présente un orifice capillaire et sur lequel se visse un appareil à pulvérisation. On obtient ainsi un jet très-fin et très-énergique qui vient frapper avec force les parois de la vessie en produisant une sensation de froid assez intense qui en excite doublement la contractilité. Ces douches ont donc un effet direct sur l'inertie.

Mais il s'agit de modifier en même temps la muqueuse enflammée chroniquement, qui à elle seule peut entretenir l'inertie. A cet effet et pour agir sur toute l'étendue de la muqueuse à la fois, M. Foucher a imaginé une sonde spéciale à deux conduits, dont l'un, pourvu d'un robinet, s'ouvre en avant du

talon de la sonde ; à ce conduit s'adapte une boule en caoutchouc qui sert à pousser de l'air dans la vessie. L'autre se termine à son extrémité par deux petits tubes capillaires inclinés l'un vers l'autre et masqués dans l'extrémité de la sonde.

En adaptant l'appareil à pulvérisation de M. Lüer ou même une seringue ordinaire à cette sonde, on obtient deux jets capillaires qui se brisent l'un contre l'autre et se pulvérisent d'autant plus facilement qu'on a au préalable rempli la vessie d'air.

Le fonctionnement de cet appareil est rendu évident par l'expérience suivante : on fixe une vessie de porc à l'extrémité de la sonde, on la distend avec de l'air, puis on y pousse un liquide coloré en rouge.

On voit aussitôt à travers les parois transparentes le liquide former dans la vessie une sorte de poussière rosée qui se dépose sur toute la face interne.

Chez un vieillard de quatre-vingt-quatre ans atteint d'inertie vésicale, et qui depuis quinze jours n'avait pas uriné une seule fois sans sonde, quatre douches à l'eau froide ont suffi pour ramener la contractilité de la vessie et la miction spontanée. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis un an, ce vieillard n'a plus eu d'accidents.

Un homme de quarante-cinq ans, chez lequel l'inertie était la conséquence d'une distension extrême de la vessie, et qui depuis vingt jours n'urinait que très-incomplétement, a été guéri par les douches intra-vésicales faites deux fois par jour pendant trois jours.

Un paraplégique, dont la rétention d'urine était complète, a pu uriner, quoique incomplétement, après l'usage des injections d'eau froide pulvérisée.

L'eau de goudron pulvérisée a modifié rapidement l'état de la muqueuse vésicale dans six cas de catarrhe chronique. L'urine est devenue plus claire et a été expulsée plus facilement. Ces malades ont quitté l'infirmerie, et depuis n'y ont plus reparu.

Toutes les fois qu'il sera utile de faire un lavage de la vessie sans fatiguer l'organe, les injections de liquide pulvérisé rempliront l'indication mieux que tout autre moyen.

Ce mode de traitement n'entraîne aucune douleur ; le malade accuse seulement une sensation de froid dans la région hypogastrique. Ainsi :

1° La rétention d'urine causée par l'inertie de la vessie peut

être guéri rapidement par les douches intra-vésicales faites au moyen de la sonde à pulvérisation des liquides.

2° Les injections de liquide pulvérisé (eau, eau de goudron, eau de feuilles de noyer, eau de Baréges, eau de buchu) constituent un traitement immédiat et efficace du catarrhe chronique de la vessie. (*Abeille méd.*, n° 1.)

Hypospadias artificiel. Chez un homme ayant un phimosis congénital très-prononcé, n'urinant d'ordinaire qu'avec difficulté, par un filet mince et sans jet prononcé et seulement en bavant, depuis quelque temps, une rétention complète s'étant manifestée, le docteur Augé de Pithiviers, après les explorations nécessaires, eut recours à une operation rarement pratiquée jusqu'ici.

Le gland était complétement recouvert par le prépuce, dont l'ouverture très-étroite paraissait se terminer en cul-de-sac. En dirigeant dans cet orifice une petite sonde dans le point où doit se trouver le méat urinaire, on éprouve la sensation d'un corps résistant qui ne se laisse pas pénétrer. Même résistance et impossibilité avec une bougie à rencontrer le méat, qui paraît oblitéré.

Au lieu de diviser le prépuce et d'encourir la responsabilité de satisfaire ensuite à toutes les indications opératoires qui pouvaient se présenter, M. Augé proposa à ses deux consultants de pratiquer d'emblée la boutonnière en arrière du gland, c'est-à-dire un hypospadias artificiel. En effet, le malade étant placé convenablement, il relève et saisit la verge avec la main gauche qui embrasse la face dorsale, les doigts tirant la peau à gauche et le pouce la portant à droite. Il incise de haut en bas et d'avant en arrière, lentement, couche par couche, au niveau et le long du canal de l'urèthre, depuis la base du gland jusqu'à deux centimètres en arrière. L'urèthre ouvert, une sonde cannelée est introduite dans cette ouverture et l'incision du canal est pratiquée parallèlement à celle de la peau. Le cathéter est introduit et l'urine évacuée immédiatement.

Après avoir placé une sonde à demeure, les bords de la plaie sont affrontés de chaque côté avec des pinces érignes. Quelques jours après, la cicatrisation étant parfaite, la sonde fut enlevée et depuis 14 ans, l'opéré a uriné sans difficulté par ce méat artificiel, bien portant et sans accidents dans l'émission de l'urine. (*Union méd.*, n° 112.)

Cette opération ne saurait être approuvée sans restriction, car elle peut apporter un obstacle permanent aux fonctions génésiques. Il y a donc lieu de considérer l'âge du sujet, non indiqué ici, avant de la pratiquer.

Dans l'opération analogue rappelée par l'auteur et pratiquée par M. Maisonneuve, le cas était bien différent. A la suite d'une plaie, le tissu inodulaire avait oblitéré l'urèthre dans une étendue de 4 centimètres ; des pertuis fistuleux suffisaient en arrière pour l'écoulement de l'urine. L'indication était donc très-simple et précise : rétablir la continuité du canal. Une incision du tissu cicatriciel et une sonde à demeure suffirent à cet effet. (*Union méd.*, 1853.)

RÉTRÉCISSEMENTS. Il y aurait antagonisme, selon M. Bron, entre les rétrécissements de l'urèthre et l'hypertrophie de la prostate, se fondant, à cet égard, sur ce que les vieillards, chez lesquels se rencontre surtout celle-ci, sont rarement atteints de ceux-là. M. Mercier a vu rarement ces deux maladies coexister sur le même sujet. La raison en est attribuée à cette loi d'hydrodynamique, que les liquides parcourant un conduit dont le diamètre varie, la vitesse en est plus grande dans les parties étroites que dans les plus larges. D'où résulte, par le frottement même, une irritation permanente dans les points rétrécis. Les rétrécissements de l'urèthre s'observeraient ainsi le plus souvent aux quatre endroits naturellement plus étroits de ce canal : le méat, la partie postérieure de la fosse naviculaire, l'angle formé par la portion spongieuse et l'entrée de la portion membraneuse. Toutefois, comme le frottement et l'irritation qui en est la conséquence ont leur maximum d'intensité au point le plus rétréci, si celui-là est en arrière, comme à la prostate par exemple, tous les autres pourront en être favorablement modifiés, parce que la vitesse du cours de l'urine est notablement diminuée par ce premier obstacle et n'exerce plus la même irritation sur les obstacles consécutifs.

Telle serait la cause mécanique de cet antagonisme suivant l'auteur lyonnais. Mais, en infirmant cette règle par des faits, MM. Icard et Diday sont d'avis que le rétrécissement est la cause des maladies de la prostate, qui y succèdent ainsi plus ou moins médiatement. (*Soc. de méd. de Lyon.*)

Rétrécissements uréthraux. *Ponction anale.* Suivant la

méthode préconisée par M. Pollock, M. Elliston l'a pratiquée avec succès dans un cas de rétrécissement infranchissable. Voici le procédé employé :

Le malade placé comme pour la taille, l'indicateur est introduit dans l'anus, la pulpe tournée en avant pour servir de conducteur au bistouri, qui ponctionne l'urèthre au-dessus du rétrécissement, ce qui est toujours facile à cause de la distension de ce canal à cet endroit par l'arrêt de l'urine. Une sonde de femme est introduite par cette ouverture et poussée jusque dans la vessie; elle sert à l'écoulement de l'urine jusqu'à ce que le rétrécissement, ainsi soulagé par le repos et le défaut de contact de l'urine, puisse admettre une bougie. (*British med. Journal.*)

Il est d'observation, en effet, qu'après la ponction de la vessie, quatre ou cinq jours suffisent pour que le rétrécissement, qui l'avait rendue indispensable, admette une bougie, à laquelle il refusait passage auparavant. M. Curling a obtenu le même succès dans le rétrécissement cancéreux du rectum et la cessation des douleurs (voy. CANCER). C'est donc une méthode à mettre en usage préférablement à la ponction de la vessie. Voy. URÉTHROTOMIE.

Rétrécissements de l'œsophage. Voy. ŒSOPHAGE.

Rétrécissements du bassin. Voy. DYSTOCIE, AVORTEMENT.

RÉUNION. **Réunion nerveuse**. Savoir si, après la division d'un nerf, ses deux extrémités peuvent se réunir par première intention, avec rétablissement simultané de sa fonction, est un problème qui, depuis la remarquable observation clinique du professeur Laugier, a attiré de nouveau l'attention des physiologistes et des médecins du continent, et provoqué une hécatombe de chiens et de lapins sacrifiés sur l'autel de la science pour élucider cette question importante. MM. les docteurs Eulenburg et Landois de Greifswald ont entrepris de nouvelles et toutes récentes vivisections à ce sujet, sur des chiens et des lapins, en divisant les différentes espèces de nerfs et en les réunissant ensuite par la suture, sans observer aucune tendance à une réunion par première intention, malgré une coaptation parfaite et l'immobilité du membre pour la favoriser. Au contraire, il y a eu invariablement interruption du courant

nerveux à partir de la suture, et perte de la fonction de l'extrémité périphérique du nerf; ainsi, perte du mouvement et de la contractilité électrique, s'il s'agissait de nerfs moteurs; défaut de sensation, s'il s'agissait de nerfs de la sensibilité; augmentation de température, défaut de nutrition, et même gangrène, s'il s'agissait de nerfs vaso-moteurs, etc. Ces symptômes ont persisté pendant des jours et des semaines sans modification. L'examen microscopique a confirmé ce résultat et montré une dégénérescence graisseuse de l'extrémité périphérique du nerf suturé absolument comme si la réunion n'eût pas été faite dès les premiers jours, tandis que les fibres de l'extrémité centrale restaient comparativement intactes. L'axe central prit part à la dégénération. Et s'il est vrai que, en ajoutant du collodion, il devenait visible à l'extrémité périphérique, la circulation en était très-inégale et parfois complétement interrompue lorsque rien de semblable ne s'observait dans l'extrémité opposée. Cette suture a déterminé en outre, dans plusieurs cas, une névrite et péri-névrite plus ou moins étendue, qui est allée jusqu'à la suppuration en produisant des abcès métastatiques. Cette opération n'est donc pas exempte de dangers... chez les animaux. A l'expérimentation clinique, rendue très-légitime par les résultats heureux de MM. Nélaton et Laugier, de démontrer, de prouver qu'il n'en est pas de même chez l'homme.

M. Dubreuil a obtenu le même résultat négatif quant à la réunion immédiate, mais un tissu cicatriciel de très-peu d'étendue, entre les deux segments nerveux, a constitué très-rapidement la réunion. Ainsi, sur un chien, dont la section du nerf cubital au coude avait été suivie de la suture des deux extrémités, il a fait constater, huit jours après, par MM. Philippeaux et Vulpian, que les deux segments étaient exactement maintenus en contact par une substance intermédiaire très-peu étendue et composée de corps fibro-plastiques.

Si donc la suture des nerfs divisés est inutile au point de vue de leur réunion immédiate, à cause de l'altération du bout périphérique, il n'en saurait être de même quant au rétablissement du courant nerveux, car la substitution nerveuse que doit subir la cicatrice à cet effet doit être d'autant plus facile et rapide, dit l'auteur, que le néoplasme a moins d'étendue. Or il sera d'autant moins volumineux que la suture est plus exacte (*Gaz. hebd.*, n° 8). Malheureusement cette prévision, fondée en théorie, ne paraît pas se réaliser en pratique, car cette

substitution nerveuse était nulle après quatre à cinq mois d'une coaptation parfaite dans les expériences des médecins allemands. (*Idem*, n° 15.)

RHUMATISME. Ce dont on a fait jusqu'à présent une entité morbide sous le nom de rhumatisme, suivant M. H. Gintrac, est moins une entité qu'une collection d'états pathologiques appartenant à la même famille. Il en établit six espèces :

Le rhumatisme pyrétique aigu intense;

Le rhumatisme pyrétique aigu léger;

Le rhumatisme aigu apyrétique, forme mixte intermédiaire entre la précédente et la suivante ;

Le rhumatisme chronique apyrétique avec gonflement;

Le rhumatisme chronique apyrétique sans gonflement, qui présente tant d'analogies et d'affinités avec les névralgies et les autres névroses, soit douloureuses, soit convulsives;

Enfin la diathèse rhumatismale, disposition morbide héréditaire, distincte de la diathèse goutteuse, et de laquelle procèdent, sous l'influence des causes externes, les formes précédemment indiquées.

C'est à démontrer la réalité de ces espèces que le savant professeur de clinique s'est appliqué devant le *Congrès médical* de Bordeaux.

Purpura. Aux divers exanthèmes déjà signalés dans le rhumatisme, M. Blachez ajoute le purpura, dont il rapporte plusieurs cas et qu'il assimile au *rhumatisme scorbutique* des médecins du dernier siècle. Schœnlein a aussi décrit, en 1829, une *péliose* rhumatismale, qui n'est également qu'une éruption de purpura (*Gaz. hebd.*, n° 9). Il serait intéressant de rapprocher ces cas pour voir s'il n'y a pas dans la forme de la maladie ou la constitution des malades une raison de ces extravasations sanguines, qui ne peuvent s'expliquer que par une altération du sang, une atteinte profonde de l'organisme. C'est ainsi que, dans l'observation II, il s'agit d'une feuillagiste de dix-huit ans, d'une constitution moyenne, anémique, et exposée par son état à l'absorption des verts arsenicaux. L'état du sang peut seul donner la clef de cette complication.

Rhumatisme articulaire. *Métastase.* Dans deux cas obser-

vés à l'hôpital Saint-Georges, le docteur Ogle signale la disparition spontanée du rhumatisme articulaire aigu simultanément avec la manifestation d'une amygdalite intense. Une jeune femme, admise avec mal de gorge, difficulté d'avaler, fièvre, est le sujet du premier. Après trois jours de traitement, l'angine s'amendait, lorsque plusieurs articulations, les poignets surtout, devinrent tout à coup le siége de violentes douleurs avec gonflement et rougeur et une sueur très-acide. Bicarbonate de potasse, poudre de Dower et séné pour traitement. A la fin du septième jour, tous les symptômes articulaires disparurent soudainement et furent aussitôt remplacés par une inflammation aiguë des amygdales et de l'arrière-gorge, qui fut combattue efficacement par les moyens ordinaires.

Le second cas était un homme de trente ans, admis pour un rhumatisme aigu. Le traitement fut le même que dans le précédent, lorsqu'après six semaines, les symptômes n'étant qu'atténués dans leur acuité, une violente inflammation des tonsilles se déclara, laquelle, malgré un traitement topique énergique, aboutit rapidement à l'ulcération. Une hémorrhagie abondante survint le troisième jour, qui affaiblit considérablement le malade, et simultanément tous les symptômes du rhumatisme disparurent sans récidive. (*Med. Times and Gaz.*, février.)

Quelle que soit l'interprétation de ces faits, ils n'en sont pas moins remarquables, et l'on doit regretter que les détails cliniques n'en soient pas exposés d'une façon plus précise.

Traitement. *Arnica.* Dans un cas où une foule de médicaments, opium, colchique, etc., étaient restés sans effet, le docteur Purdon a soumis à l'usage de la teinture d'arnica une femme de cinquante ans fortement rhumatisée, après avoir, au préalable, combattu la constipation et couvert de flanelle les jointures douloureuses.

La formule employée, d'un très-fréquent usage en Allemagne et en Angleterre, est celle-ci :

Eau camphrée.	8 onces.	—	250 grammes.
Teinture d'arnica.	3 drachmes.	—	4 —
Mêlez.			

Une cuillerée à bouche toutes les trois heures. Continué pendant une douzaine de jours, ce traitement a eu un plein succès. Pendant trois jours, la teinture d'arnica a été portée à 20 gouttes de deux en deux heures. (*The Dublin quarterly Journal.*)

A défaut d'indiquer le caractère de la maladie, cette observation manque de valeur. Qu'il se soit agi d'un rhumatisme adynamique, et le succès de cette médication n'aura rien d'étonnant. C'est ainsi que dans beaucoup de cas le médecin peut réussir avec des remèdes étranges en apparence, en faisant la médecine des symptômes. Dans une infinité de cas, c'est là tout le secret du succès. Il faut souvent avoir plus d'égard aux symptômes prédominants, au caractère général de la maladie qu'à sa nature même pour expliquer l'effet de la médication.

Vésicatoires. Cette médication n'est pas nouvelle, mais elle ne s'est jamais présentée aussi exclusive, systématique et prétentieuse. Admettant que le principe rhumatismal, les *materies morbi* ne sont pas contenus dans le sang, mais déposés dans les points douloureux, le docteur Davies, au lieu de chercher à les atténuer, les neutraliser par des remèdes internes, tend à les éliminer par les vésicatoires. Il applique ceux-ci directement, *loco dolenti*, en nombre indéterminé à l'exclusion de tout autre remède, sinon un purgatif lorsque l'indication se présente. Sitôt qu'une articulation est prise, il la recouvre de vésicatoires, non sur la partie rouge, gonflée, mais tout à l'entour, et il poursuit ainsi le mal jusqu'à disparition complète. 300 pouces carrés anglais ont été employés dans un cas sans aucune strangurie. Les urines deviennent neutres ou alcalines, et les douleurs articulaires disparaissent promptement.

Telle est la méthode exclusive qui, d'accord avec la théorie, est mise en usage à *London hospital*, et l'auteur prétend non-seulement diminuer ainsi la durée du rhumatisme aigu, mais prévenir toute complication cardiaque si le malade n'en est atteint avant son admission, c'est-à-dire le début du traitement. Malheureusement les faits produits à l'appui sont loin d'être concluants. (*Med. Times*, janvier.)

Bandelettes épispastiques. En contrôlant les effets de cette méthode dans son service à l'hôpital Necker, M. Lasègue a été amené à en modifier légèrement le *modus faciendi.* Au lieu de vésicatoires taillés, il fait appliquer, dès l'apparition de la douleur articulaire, à quelques centimètres au-dessus et au-dessous de la jointure malade, une bandelette d'emplâtre vésicant d'une largeur de 4 à 6 centimètres, et assez longue pour contourner le membre comme un bracelet ou une jarretière. Lorsque, comme

à l'épaule, il n'est pas possible d'agir ainsi, l'articulation est circonscrite avec deux bandelettes qui se rejoignent et forment une espèce de cercle irrégulier.

Le vésicatoire est enlevé au bout de six à huit heures, qu'il ait ou non soulevé l'épiderme. On panse avec de la ouate sans renouveler ce pansement. Les malades ne paraissaient pas en éprouver de douleurs bien intenses ; car, après le soulagement qu'ils en éprouvaient à peu près constamment, ils redemandaient ce remède avec instance dès qu'une autre articulation se prenait.

Appliqué dans les différentes formes du rhumatisme articulaire, ce moyen a toujours amené un soulagement marqué. Dans un cas franchement aigu, où quatre articulations furent successivement atteintes dans l'espace de trois semaines, la guérison eut lieu sans complications cardiaques.

Chez une femme de cinquante-deux ans, dont toutes les articulations, petites et grandes, avaient été envahies sans que les moyens les plus variés à l'intérieur, — sulfate de quinine, iode, colchique, vératrine, térébenthine, alcalins à haute dose, etc. — eussent amené la moindre amélioration, les bandelettes vésicantes amenèrent toujours un soulagement immédiat et persistant. 66 vésicatoires, ne représentant pas moins de 18 mètres de bandelettes, furent ainsi employés aux épaules, aux coudes, aux poignets, aux doigts, aux genoux. Aucune de ces articulations n'a conservé de trace de l'affection, et les membres ont recouvré leur mobilité complète. (*Arch. de méd.*, novembre.)

Injections hypodermiques de quinine. Le premier, M. Dodeuil, interne à la Maison municipale de santé, les a faites récemment sous les yeux de M. Bourdon, chef de service. Les doses énormes de quinine employées par la voie gastrique contre le rhumatisme articulaire, et nécessaires pour en modifier la marche exacerbante, n'étaient pas sans inconvénient ni sans danger. Dégoût, nausées et même vomissements, quand il n'y a pas intolérance absolue de l'estomac. En y substituant les injections hypodermiques chez sept rhumatisants dont il rapporte les observations, et qui tous présentaient des troubles du tube digestif avec phénomènes d'intolérance, M. Dodeuil a donc réalisé un véritable progrès; progrès, quant à la voie toujours accessible sans contre-indications formelles, quant aux doses sensiblement moindres, et quant à l'absorption plus rapide et plus sûre aussi bien qu'à

un effet thérapeutique plus facile à produire, à apprécier et à régler.

A la dose de 20 à 90 centigrammes, en deux ou trois injections pratiquées ordinairement sur les parties latérales de la colonne vertébrale, les cuisses ou les bras, la quinine a produit ainsi tous les phénomènes physiologiques. La chute du pouls, les bourdonnements d'oreilles et les troubles de la vue ont apparu, dans tous les cas, avec une rapidité et une intensité proportionnées à la dose. En administrant, par exemple, 40 centigrammes, en une seule fois, après le début du mouvement fébrile, la chute du pouls s'observe avec une certaine régularité trois quarts d'heure après. L'introduction du médicament dans le torrent circulatoire est ainsi démontrée, par son élimination en notable quantité dans les urines, en moins de trente minutes. Sauf de légères variations résultant des individualités et du degré de réceptivité du malade, ces deux actions se sont manifestées avec une régularité jusqu'ici exceptionnelle en thérapeutique. La guérison a été du moins aussi prompte que dans le cas où il était donné parallèlement par les voies ordinaires.

La moitié, et même les deux tiers des doses ordinairement administrées par la bouche suffisent donc à obtenir des effets identiques par cette nouvelle voie. Et encore rien ne prouve qu'ils seraient plus faibles à moindre dose, la contre-épreuve n'ayant pas été faite. Toutefois, il en ressort cet enseignement capital, que, même à cette haute dose, ce médicament, introduit par la méthode hypodermique, est sans inconvénient; ce qui permet, dans cette maladie, comme dans d'autres, en ménageant la susceptibilité des voies digestives, d'alimenter les malades de bonne heure et d'abréger la convalescence.

Reste le choix de la préparation pharmaceutique à employer. Voy. INJECTIONS S. CUTAN.

Quinine et iodure de potassium. Au lieu d'employer séparément ces deux agents, comme on l'a fait jusqu'ici dans certaines formes du rhumatisme, le docteur Lemire (de Québec) les réunit, à l'exemple du docteur Levins (de Liverpool) et, comme lui, en a obtenu le meilleur effet. Chez un tailleur de pierre notamment, ayant les coudes, les genoux, les poignets et une épaule pris avec une abondante transpiration fétide et la langue chargée, après avoir administré un purgatif avec calomel et jalap, il fit prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures de la solution suivante :

℞	Sulfate de quinine.	4 grammes.
	Iodure de potassium.	2 —
	Acide sulfurique.	Q. S.
	Eau.	250 —

Le septième jour, le malade se levait et marchait (*Canada méd. Journ.*). Ce seul fait ne pouvant être décisif, il convient de répéter cet essai en prescrivant cette solution en moins grande quantité, pour éviter toute décomposition.

Rhumatisme cérébral. A propos d'une belle observation qu'il en rapporte, M. Daga propose une interprétation pathogénique nouvelle de cette maladie. En trouvant dans deux autres cas relatés par M. Gintrac (voy. MÉNINGITE RHUMATISMALE) comme dans celui qu'il rapporte, des douleurs vives au début, le long du rachis, M. Daga croit qu'elles peuvent bien dépendre d'une affection primitive des enveloppes de la moelle. Ces douleurs, ces premiers symptômes du côté des centres nerveux lui paraissent devoir fixer l'attention comme pouvant servir un jour à éclairer le diagnostic (*Bulletin méd. du Nord*, août). Du reste, cette observation n'est pas moins favorable à la doctrine de la généralisation de la phlegmasie des membranes séreuses par suite du rhumatisme et pourra être consultée utilement sous ce rapport.

RUPTURE. Ruptures de l'aorte et du cœur. Trois observations en sont rapportées par le docteur V. Martin, médecin principal aux Invalides, paraissant dues à un ramollissement inflammatoire. Assez souvent, il est vrai, dans la vieillesse, il arrive que, sans autre raison qu'un simple trouble nutritif né du progrès de l'âge, le parenchyme du cœur, devenu flasque, acquiert une mollesse assez grande pour que son tissu cède à une légère traction et s'écrase sous la moindre pression des doigts; mais, dans ce cas, on voit le ramollissement intéresser la totalité de l'organe ; or ici, la friabilité n'occupe qu'une portion, même assez peu étendue, de la paroi ventriculaire gauche. Chez le vieillard, où la fréquence de l'hypertrophie cardiaque forme, d'après les savantes recherches de M. Bizot, une sorte d'état physiologique, on sait aussi qu'il existe, vers la pointe du viscère, un amincissement relatif et conséquemment une diminution de force de résistance que quelques auteurs considèrent comme une circonstance favorable à sa rupture. Mais cette pathogénie ne saurait s'appliquer à notre malade,

puisque c'est à deux travers de doigt au-dessus de la pointe du cœur qu'a eu lieu l'accident. Enfin il n'existait, dans le cas actuel, ni phlébite en aucun point de l'économie, ni aucune trace de cachexie soit typhique, soit scorbutique, et le sang trouvé dans le péricarde était coagulé, du moins en partie, tandis que, d'autre part, la constatation d'abord d'une exsudation inflammatoire tapissant une partie de l'endocarde, puis la décoloration partielle avec friabilité du parenchyme, et enfin l'existence, dans l'épaisseur des parois de la plaie, de petits foyers hémorrhagiques, sont autant de faits qui déposent de la façon la moins équivoque, en faveur de la nature phlegmasique de la lésion cardiaque.

Diagnostic. Une douleur persistante accusée entre les deux épaules paraît devoir être rapportée au travail inflammatoire. Et comme symptômes contemporains les lipothymies, la crainte d'une mort prochaine, une agitation insolite, signalés déjà comme des signes pathognomoniques, ont été des plus accentués. Dans deux observations de cardite rapportées par Morgagni et M. le docteur Mascarel, ces deux auteurs insistent sur de vives douleurs ressenties le long des bras : or, des douleurs semblables ont été observées chez ce malade, douleurs qui, pour le dire en passant, offrent ceci de remarquable qu'on les retrouve dans l'angine de poitrine, affection à laquelle, non sans quelque raison peut-être, M. Beau voudrait substituer le nom d'angine du cœur. Enfin on doit signaler de grands troubles digestifs, vomissements, constipation, diarrhée, qui peuvent en imposer à faire croire à une altération essentielle, tandis que l'autopsie ne découvre que la rupture anévrysmale. (*Union méd.*, n°s 71, 73 et 87.)

Une statistique de 12 faits de rupture de l'aorte, présentée par le docteur Chauvel, semble infirmer plusieurs des résultats statistiques précédents sur cette lésion formidable. Ainsi, pour le sexe, il y avait 10 hommes ; pour l'âge, elle serait plus fréquente dans la vieillesse que dans l'âge mûr. C'est le plus souvent très-près de l'orifice que se produit cette rupture, ordinairement transversale. 9 fois sur 12, un athérome avec dilatation du vaisseau en rendait compte. En dehors de cette altération, les violences extérieures du thorax, un obstacle au cours du sang dans ce vaisseau, en sont les principales causes. 8 fois la mort a été foudroyante, et, quant aux autres, il n'est pas pos-

sible d'en fixer rigoureusement l'éloignement, par la difficulté même de fixer le moment précis de cette rupture. Une douleur subite, violente, à la partie inférieure de la région sternale, en est le principal signe, mais il est inconstant.

Quand la rupture a lieu en dehors du péricarde, la mort a lieu par hémorrhagie. C'est, au contraire, par syncope si l'épanchement sanguin se fait dans le péricarde. Le cœur se trouve comprimé, il s'arrête et cesse de battre. (*Gaz. méd.*, nos 27 et 28.)

M. Lunier a constaté deux cas de rupture du cœur à l'asile des aliénés de Blois, chez deux épileptiques dont le cœur était, d'ailleurs, dans un état d'intégrité parfaite. A part celui de Short, on n'en trouve pas d'analogues. Voy. Épilepsie.

Rupture du péricarde, *bruit de roue hydraulique*, ou bruit de moulin, par M. le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Beaujon. broch. gr. in-8° de 40 pages. L'analyse de ce mémoire intéressant d'un jeune chirurgien dont la science déplore la perte prématurée, se trouve dans le Dictionnaire de 1864. Voy. Péricarde.

Rupture de l'urèthre. Un enfant de 10 ans, voulant sauter par-dessus une barre de fer, tomba violemment dessus et se fit une profonde contusion ecchymotique du périnée qui donna lieu aussitôt à une hémorrhagie abondante de l'urèthre. Le blessé ne pouvant uriner, une sonde fut introduite par l'interne et l'urine jaillit aussitôt; mais le lendemain, 14 septembre 1864, M. Boddaert, renouvelant le cathétérisme, ne put arriver à la vessie ; la sonde faisait toujours fausse route, le bec de l'instrument se perdait sans cesse dans une solution de continuité sous-cutanée qui, d'après cela, pouvait être sûrement diagnostiquée d'autant mieux qu'on voyait le périnée se distendre comme si un liquide pénétrait et que de l'urine sanguinolente s'échappait de la sonde parvenue à cet endroit. Les sangsues, les bains, les cataplasmes n'amenèrent en effet aucune amélioration ; l'enfant succomba le 16, et l'autopsie montra en effet une rupture complète de l'urèthre, ayant déterminé un épanchement de sang et d'urine au-devant et formant une tumeur grosse comme un œuf. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, février.)

L'enseignement de ce fait est tout d'abord de créer une issue aux liquides accumulés et dont la rétention, la stagnation ne

peut qu'accroître les accidents. Mais ce n'est là qu'un moyen palliatif. Il s'agit de rétablir le cours normal de l'urine. La difficulté de retrouver le bout postérieur de l'urèthre au milieu de tissus contus, infiltrés, ne permet pas de compter sur cette ressource, dit M. Deneffe, et d'ailleurs l'urine, en continuant de s'écouler sur les côtés de la sonde, n'entretiendrait-elle pas l'infiltration urineuse de la plaie? Il ne reste donc que la boutonnière et la ponction de la vessie. Sur un périnée sain, la première est facile, mais il n'en est plus de même ici, et cette opération est d'autant plus grave que l'hémorrhagie, l'érysipèle, l'infection purulente, sont d'autant plus à redouter. La ponction vésicale paraît donc au chirurgien belge la plus rationnelle à opposer à la rétention d'urine provoquée par des violences périnéales. Voy. PONCTION.

Rupture des corps caverneux. Elle eut lieu dans le cas suivant sans déchirure de l'urèthre, en de telles circonstances que l'on ne se rend guère compte de sa production que par une altération antérieure, une friabilité des tissus. Chez un homme de quarante-trois ans, ancien militaire, n'ayant jamais eu d'affection vénérienne, qui se trouvait en érection la nuit à moitié endormi, il suffit d'appuyer violemment la main sur la face dorsale de la verge pour que cet accident se produise. Une douleur subite, atroce, suivie du retrait de l'organe, en fut le signe. Néanmoins il urine sans peine à plein jet sans rendre de sang. La verge rentrant de plus en plus dans le ventre à mesure que se développait un gonflement de la racine en avant de la portion sous-pubienne, le docteur Fontan fut appelé et constata ce gonflement contournant le pénis dans l'étendue d'un pouce et l'enchâssant dans toute son épaisseur. Cette tuméfaction descendait dans les bourses et les soulevait à leur angle de réunion avec la face inférieure du pénis, figurant ainsi un troisième testicule sur la ligne médiane. La peau était légèrement vineuse et laissait deviner plutôt que reconnaître une ecchymose, mais une coloration noirâtre, uniforme, s'étendit sur la verge et le scrotum les jours suivants, malgré le repos, des compresses résolutives, et persista plus d'un mois. Aucun accident ne s'ensuivit : ni abcès, ni infiltration d'urine, si ce n'est la réapparition de la douleur pendant l'érection et surtout au moment de l'érection, ce qui justifie le diagnostic porté. (*Gaz. des hôpit.*, n° 25.)

Rupture utéro-vaginale.	Voy. DYSTOCIE.
Rupture de l'utérus.	

S

SANG. Le meilleur moyen d'en constater l'existence et la nature, suivant M. Roussin, dans les recherches médico-légales, est l'examen au microscope, qui permet de déterminer le diamètre des globules rouges. On peut ainsi différencier le sang provenant de l'homme à celui d'autres mammifères par le diamètre de ces globules, dont voici le tableau :

Homme	1/126
Chien	1/139
Lièvre	1/142
Porc	1/166
Bœuf	1/168
Cheval	1/181
Mouton	1/209

Il est ainsi facile de reconnaître le sang de l'homme à l'état frais, mais les alternatives de sécheresse et d'humidité auxquelles les globules sanguins soumis aux experts peuvent avoir été exposés, l'endosmose plus ou moins rapide qui se produit lors de l'humectation et la déformation qui peut en être la conséquence, sont autant de motifs d'hésitation. De là les précautions et les moyens qu'il indique pour les révivifier sans altérer leur diamètre, qui est ainsi le meilleur moyen de déterminer l'origine du sang. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, janvier.)

Altération des globules. Prévue et exprimée de différentes manières par les cliniciens, les observateurs de tous les temps, entre autres sous le nom de *décomposition*, cette altération du sang a été rendue évidente, palpable pendant la vie, à l'aide du microscope, par M. Proust, chef de clinique de la Faculté dans le service du professeur N. Guillot, à l'hôpital de la Charité, en piquant au doigt deux malades atteintes de variole anormale au début de la maladie et en en examinant le sang. La première, couturière de trente-quatre ans, vaccinée, était accouchée quatre jours auparavant et offrait une teinte grise, livide, *terreuse* de la face comme si elle eût été frottée avec la pommade mercurielle ; tuméfaction générale avec des stries san-

guines concrétées aux lèvres, au nez. Une éruption discrète, irrégulière, à peine saillante, pétéchiale ici, papuleuse là, vésiculeuse ailleurs, et vraiment pustuleuse en de rares points, mais livide, hémorrhagique partout, s'observe sur toute la surface du corps et la mort arrive le troisième jour.

Le sang extrait pendant la vie présente les globules comme agglutinés, accolés les uns aux autres formant des plaques irrégulières. Ils sont déformés, considérablement élargis ou bien allongés dans un seul sens, de manière à figurer un petit tube clos, bombé aux deux extrémités. Leurs parois semblent épaissies comme si la matière colorante s'était condensée dans l'enveloppe. Leur bord est nettement accusé et offre une teinte violacée très-insolite. La disposition étoilée s'observe sur quelques-uns, mais alors c'est le relâchement et non la rétraction de l'enveloppe qui prédomine ; il y a eu plutôt endosmose qu'exosmose. Le sérum a sa couleur normale.

Chez une autre femme, non vaccinée, atteinte de variole confluente et reçue le même jour, la maladie suivit son évolution régulière avec une intensité telle des symptômes que la mort arriva le douzième jour. Le sang, extrait le même jour que dans le cas précédent, ne présenta au contraire aucune altération; les globules présentaient leurs caractères histologiques normaux, ce qui donne à l'altération du sang de la première malade une importance qui ne saurait échapper. Cette altération coïncidant avec les hémorrhagies observées, frappe l'attention et révèle un rapport de cause à effet entre cette modification des globules et la production de l'hémorrhagie qui ne saurait être niée. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 28.)

Il résulte des expériences de M. Rovida, faites dans le laboratoire de pathologie expérimentale de l'Université de Pavie sur le sang des grenouilles :

1° Que les globules rouges du sang n'ont pas de membrane, mais sont constitués de plasma incolore, nucléé, de forme elliptique et de substance colorante ;

2° Ils sont détruits dans l'urée, l'acide lactique et la bile, mais non l'acide urique, hypurique et le biurate de soude ;

3° Les cellules amyloïdes du sang sont le seul élément histologique incolore qu'ils contiennent ;

4° Leur transformation en globules rouges s'accomplit dans tout le système vasculaire et le plus rapidement dans la circulation pulmonaire ;

5° La diminution artificielle de la respiration ne peut être la preuve de ce fait, car, en ralentissant la destruction des globules rouges et la production des blancs, de manière que ceux-ci restent dans le sang pauvres d'oxygène relativement aux rouges, en moindre quantité qu'à l'état normal ;

6° La nutrition a une influence très-grande sur la formation des éléments histologiques du sang, dont le rapport quantitatif dans les diverses saisons est représenté par la moyenne suivante :

Pour 100 globules rouges.	Février.	3,88 blancs.
	Avril.	4,32
	Mai.	6,72
	Juin..	7,15
	Juillet	8,03
	Août	8,97

(*Ann. univers. di medicina*, oct.).

Globulimètre. Nouvel instrument imaginé par le professeur Mantegazza, pour mesurer facilement et instantanément la quantité approximative des globules sanguins avec autant d'exactitude que l'analyse chimique la plus minutieuse. Sans reproduire la description qu'en donne la *Gazzetta medica Lombarda*, nos 23, 24 et 25, ni les résultats des expériences, il suffit de dire, pour en faire prévoir la portée, qu'il est construit sur la propriété qu'a une couche de sang, plus ou moins riche en globules rouges, d'intercepter proportionnellement la lumière. Placez, en effet, une couche de sang pléthorique ou anémique entre deux verres bleus devant la flamme d'une bougie, dans une chambre obscure, et les rayons lumineux les traverseront à un degré différent, toute distance et épaisseur étant parfaitement égales d'ailleurs. Plus le sang sera riche et moins la lumière le traversera, et réciproquement. En multipliant les verres, on obtient une mesure graduelle qui, avec un peu d'habitude, indique parfaitement la quantité des globules. On prévoit combien cet instrument est simple et d'application facile comparativement aux procédés chimiques, accessibles seulement à quelques expérimentateurs, et combien il sera utile et préférable pour la majorité des praticiens. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, août et septembre.)

Analyse volumétrique du fer. M. Pelouze l'obtient par des liqueurs titrées. Après avoir brûlé le sang, il obtient un perchlorure en lavant le résidu à plusieurs reprises avec l'eau acidu-

lée. Il le ramène ensuite à l'état de protochlorure et peut ainsi doser exactement la quantité de fer contenue dans 100 à 130 grammes de sang.

Ainsi il a trouvé les rapports suivants pour 100 grammes :

Homme.	51	milligrammes.
Bœuf et porc.	48 à 50	—
Canard.	34	—
Oie.	35	—
Dinde	36	—

Il serait sans intérêt, au point de vue pratique, de relater tous les détails chimiques de cette opération, qui n'offre d'intérêt qu'aux physiologistes et aux médecins légistes. Ces expériences, on le voit, comme celles de MM. Poggiale et Schmit, ont donné une quantité inférieure de fer chez les oiseaux que chez les mammifères, dans le rapport de 3 à 4 parties sur 1000 chez les premiers et 5 à 6 chez les seconds. (*Acad. des sc.*)

Température. Outre les différences déjà observées du centre à la périphérie du corps et des organes, M. Colin a constaté, par des expériences très-délicates, que celle des deux sangs varie dans les deux cœurs comme dans leurs vaisseaux respectifs.

A l'aide d'un petit appareil, il a pu faire descendre dans le cœur de plus de 80 animaux : chevaux, taureaux, béliers et chiens, des thermomètres métastastiques à maxima par la carotide ou la jugulaire. Or, sur 102 observations thermométriques doubles, il y a eu 21 fois égalité de température entre les deux cœurs ou entre les deux sangs pris à l'entrée des ventricules, 31 fois excès de température à droite et 50 fois excès à gauche. Ces différences ont oscillé, terme moyen, de 1 à 2 dixièmes, en s'élevant parfois jusqu'à 6 et 7, suivant les espèces et l'état des animaux.

Plusieurs causes paraissent produire ces différences chez les animaux ayant à la fois la peau couverte d'une épaisse toison et les viscères abdominaux très-développés, le sang veineux superficiel se conservant chaud et le sang de la veine porte étant abondant, la température de la masse du sang veineux dans les cavités droites tend à dépasser celle du sang artériel. Dans les cas contraires, le sang veineux des parties superficielles plus refroidi et le sang de la veine porte moins abondant impriment à la masse du sang un abaissement marqué. C'est

aussi chez le chien que l'excès de la température du sang artériel est le plus prononcé et le plus commun, car il s'y montre 8 ou 9 fois sur 10 et y atteint jusqu'à 7 dixièmes de degré.

Dans les circonstances si communes où la totalité du système musculaire entre en action, la masse du sang noir ramenée au cœur tend à prendre une température prédominante, d'accord avec les expériences de M. Becquerel.

De ce fait, remarquable entre tous, que dans le cœur la température du sang artériel l'emporte sur celle du sang veineux, il faut inévitablement tirer la conclusion que le sang s'échauffe en traversant le tissu pulmonaire. En effet, si, après avoir cédé du calorique, tant pour échauffer l'air des bronches que pour vaporiser le produit de la transpiration, le sang est encore, malgré ces deux causes de refroidissement, plus chaud à la sortie du poumon qu'il ne l'était à son entrée dans cet organe, c'est que son conflit avec l'air a produit de la chaleur. Conséquemment l'hématose, telle qu'elle s'effectue dans le poumon, doit être, ce semble, considérée comme une source locale et immédiate de la chaleur animale. (*Acad. des sc.*)

Le sang siége des combustions respiratoires. Ce n'est ni dans les vaisseaux capillaires généraux ni dans ceux des muscles où la science moderne le plaçait que se passe cet important phénomène, selon MM. Estor et Saint-Pierre. Les variations notables des quantités d'oxygène constatées dans les divers points du système artériel par des vivisections et variant de 21,06 dans l'artère carotide, à une moyenne de 7,62 dans l'artère crurale, montrent en effet qu'il diminue à mesure qu'il s'éloigne du cœur, ce que prouve d'ailleurs dans la pratique journalière sa moindre rutilance dans les capillaires. Sa veinosité plus grande, démontrée par M. Cl. Bernard, à sa sortie des muscles est le résultat de la contraction de la moindre rapidité du courant et d'une combustion plus complète, par conséquent, comme le confirme la section du grand sympathique qui, en laissant les vaisseaux béants, facilite l'accélération du courant sanguin et donne un sang rouge et riche en oxygène. Ainsi s'explique l'hypérémie des tissus dans la paralysie du grand sympathique et dans l'inflammation.

Les phénomènes d'oxydation directe ou indirecte constatés chimiquement au sein des organes, l'alcalinité du sang qui appelle, sollicite bien mieux que l'acidité du muscle cette oxydation, l'existence dans le sang des produits les plus oxydés de

l'organisme, notamment de l'acide carbonique libre et plusieurs autres raisons qu'ils développent, autorisent ainsi ces auteurs à conclure :

1° Les oxydations respiratoires ont lieu exclusivement dans le sang et ne sont limitées à aucun point particulier de son parcours ; elles se continuent depuis le poumon jusqu'au poumon :

2° Elles sont très-actives dans le système artériel ;

3° Les capillaires n'augmentent la veinosité du sang qu'en retardant sa marche ;

4° Ces oxydations respiratoires sont progressives ; directes ou indirectes, causes ou suite de dédoublement dans le système artériel ; elles sont complètes jusqu'à la destruction des composés dans les systèmes capillaires et veineux. (*Journ. de l'anatomie*, mai.)

SCIATIQUE. Voy. Névralgies.

SCLÉRODERMIE. Son caractère, essentiellement rebelle chez les adultes à toutes les médications dirigées contre cette affection, a incité le docteur Heusinger (de Marbourg) à relater un fait en apparence exceptionnel. Une femme bien réglée avait eu toutes les parties du corps progressivement atteintes par cette induration cutanée, notamment les mains et les pieds, et à un degré si extrême que la marche en était empêchée et l'épiderme paraissait entièrement disparu par places. Les fonctions digestives, se troublant peu à peu, étaient devenues nulles, et malgré des topiques au goudron et à la glycérine, l'état s'aggravait de plus en plus, lorsqu'on administra à l'intérieur, à dose croissante, l'opium jusqu'à 5 centigrammes, uni au sulfate de quinine jusqu'à 40 centigrammes. Cette poudre fut continuée pendant six mois, sauf de courtes interruptions, et, après quatre mois de son emploi, le sclérème n'existait plus qu'aux mains et aux avant-bras, qui finirent également par guérir. La transpiration même reparut. (*Arch. für path. anat.*, mars.)

A moins d'admettre ici une guérison spontanée, et la gravité du cas ne le permet pas plus que la coïncidence de l'amélioration graduelle avec le traitement précité, celui-ci mérite donc d'être renouvelé en pareil cas.

De la sclérodermie, par le docteur Paul Horteloup, ancien interne des hôpitaux de Paris. Résumé fidèle et précieux à consulter

des opinions émises sur l'étiologie et la nature du sclérème chez l'adulte, enrichi d'observations et d'appréciations qui éclairent ce sujet important. Il a été couronné par la Faculté dans son concours annuel.

SCORBUT. De même qu'il avait observé le diabète chez le singe, M. Bérenger-Féraud a pu étudier, sur les côtes occidentales d'Afrique, un jeune gorille frappé d'un scorbut bien caractérisé. L'état général était des plus mauvais, quand une provision de légumes frais, de fruits acides et sucrés rétablirent la santé de l'animal. Il succomba plus tard à la phthisie. (*Acad. des sc.*)

SPÉCULUM. Une importante modification a été faite par M. Mathieu à cet instrument pour l'opération des fistules vésico-vaginales étroites et profondes. Voy. Fistules.

Spéculum-ventouse. Sous ce nom, M. Saura, professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Madrid, a fait une addition à cet instrument afin de pouvoir l'employer comme ventouse. Au spéculum cylindrique ordinaire, en cristal ou en métal poli, ayant l'orifice utérin taillé en biseau, s'adapte un cercle métallique qui se fixe par un écrou à l'extrémité vulvaire. Ce cercle est muni d'un obturateur ou tampon en métal fermant hermétiquement cette ouverture avec un petit tube au centre, s'ouvrant et se fermant à volonté au moyen d'une coulisse transversale pour donner accès à l'air extérieur. Un corps de pompe aspirante en métal, semblable à celui du bdellomètre de Sarlandière ou de la ventouse ordinaire, sert à faire le vide dans ce tube; on devine le reste. (*La Clinica*, n° 9.)

Cet instrument est proposé contre l'aménorrhée et la dysménorrhée asthéniques, les engorgements du col, etc., etc.; mais c'est plutôt une étude à faire qu'à répéter. Quant à la valeur de cette modification, sa ressemblance avec la *sangsue mécanique* doit faire craindre que l'instrument ne fonctionne pas longtemps sans que le mécanisme ne s'en altère.

Spéculum laryngien. Imaginé par le docteur Delabordette (de Lisieux) et fabriqué par M. Mathieu, cet instrument nouveau n'est plus seulement destiné, comme le laryngoscope, à l'exploration du larynx et à l'excision des polypes qui s'y déve-

loppent, certaines affections aiguës qui sont les plus fréquentes, comme le croup, par exemple, en sont aussi justiciables pour le traitement topique de cette redoutable affection.

Que Babington ait imaginé, en 1829, un instrument dont l'idée mère est tout à fait semblable, comme l'a fait obligeamment remarquer M. Fauvel, il importe peu; personne en France ne connaissait ce spéculum, et le service qu'il est appelé à rendre ne saurait être amoindri par cette question de priorité. En voici la description :

C'est un véritable spéculum bivalve, analogue en dimension à celui qui sert dans les maladies utérines, avec cette différence que les valves superposées s'écartent comme les deux pièces du bec d'un oiseau. Pour s'adapter à la conformation des parties et remplir l'usage spécial qui lui est dévolu, la valve supérieure ou palatine, longue de 15 centimètres environ (modèle pour adulte), dépasse de 3 centimètres, à son extrémité libre, la valve sous-jacente. Cette partie excédante, courbée en bas à 45 degrés, est munie inférieurement d'un miroir ovale solidement enchâssé, et destiné à recevoir l'image laryngienne. La valve inférieure ou linguale est droite, longue de 12 centimètres, terminée à son extrémité libre par une échancrure médiane à bords mousses.

L'instrument est large de 3 à 4 centimètres transversalement, mais, fermé, il présente peu d'épaisseur, les deux pièces étant presque planes et fort rapprochées; lorsqu'il est ouvert, au contraire, l'écartement, à l'extrémité libre, mesure au moins 5 centimètres, de sorte que l'isthme du gosier, largement béant, permet sans peine l'entrée des rayons lumineux et le jeu des instruments.

En place, il présente les rapports suivants : la valve supérieure prend un point d'appui sur les incisives, puis, en arrière, s'applique par sa face convexe sur la partie la plus reculée de la voûte palatine et sur le voile du palais, qu'elle soulève; son extrémité libre touche la paroi postérieure du pharynx; la valve inférieure couvre la face dorsale de la langue; agissant à la manière d'une large spatule, elle déprime l'organe dans toute son étendue jusqu'au voisinage de l'épiglotte, et maîtrise les mouvements d'élévation de sa base, qui ordinairement gênent tant l'abord du larynx.

L'introduction, sans être très-difficile, exige cependant quelques précautions, et surtout une certaine hardiesse. Le malade

étant convenablement placé, devant une fenêtre, la bouche ouverte, l'instrument, préalablement trempé dans l'eau chaude, est porté sans hésitation jusqu'au fond de la gorge, la voûte palatine et le voile du palais servent de guide à la valve supérieure ; l'axe du spéculum doit à peu près répondre à l'axe courbe de la cavité bucco-pharyngienne. Quand le bout du bec est arrivé à la paroi postérieure du pharynx, on ouvre l'instrument en pressant sur la branche inférieure. Cette pression doit se faire franchement, sans tâtonner ; on évite soigneusement de retirer et de faire basculer l'instrument, sans quoi on exerce sur la base de la langue un frottement qui suscite des contractions très-incommodes et des envies de vomir.

Ces difficultés sont, en somme, assez faciles à surmonter. Ce spéculum dispense de l'adjonction embarrassante des réflecteurs et de la lumière artificielle, au moins pour les cas ordinaires.

Pouvant rester longtemps en place, puisqu'il n'empêche pas de respirer, il est possible, avec son concours, de porter des topiques sur des points très-circonscrits du larynx.

Enfin, dans les cas d'asphyxie, soit chez le nouveau-né, soit chez l'adulte, le spéculum laryngien permettrait d'introduire dans les voies aériennes des tubes à insufflation, instruments qu'on emploie généralement pour l'acquit de sa conscience, et qui, 99 fois sur 100, enfilent l'œsophage au lieu de s'engager dans le larynx. (*Gaz. hebdom.*, n° 30.)

SPHYGMOGRAPHIE. Sans avoir jamais répété les expériences sphygmographiques de MM. Chauveau et Marey, le docteur Judée conteste l'exactitude de leur interprétation de la troisième courbe. Les révolutions cardiaques débutant, selon lui, dans la diastole au lieu de la systole, cette différence du commencement explique le désaccord de la fin. (*Gaz. des hôp.*, n° 142.)

Ce n'est plus seulement à l'étude des mouvements du cœur que cet ingénieux instrument servira ; il est entré dans le domaine pratique par son application à l'étude et à la constatation positive des variations du pouls dans l'état pathologique. En l'appliquant sur les radiales aux différentes périodes de la maladie, il devient, par le tracé obtenu, un indicateur infaillible des changements survenus dans la vitalité, et un précieux adjuvant du diagnostic pour le confirmer ou le rectifier. Il a

révélé ainsi exactement ou plutôt expliqué, selon M. le professeur Alvarenga de Lisbonne qui l'a importé en Portugal, et le premier et le seul qui l'ait employé jusqu'ici dans ce pays, les diverses lésions de l'insuffisance aortique vérifiée par l'autopsie. Il a signalé ainsi une variété où le sommet de la pulsation est précédé d'une pointe aiguë formant un crochet et le dicrotisme du pouls dans la période d'ascension ou diastolique de la pulsation artérielle. Dans une pneumonie aiguë, le passage du deuxième au troisième degré a de même été rendu très-sensible comme dans les deux périodes d'une méningo-encéphalite. Il l'a appliqué de même dans la péricardite aiguë avec adhérences et avec épanchement, et toutes ces observations, recueillies dans la clinique publique de l'hôpital *San-José* ont un caractère d'authenticité qui les rend d'autant plus précieuses. (*Gazeta med. de Lisboa.*)

Du reste, le savant cardiopathologiste portugais a réuni en corps de doctrine toutes ces observations et ces applications diverses du sphygmographe dans un mémoire sur la sphygmographie générale et spéciale présenté à l'Académie des sciences de Lisbonne, et qui ne tardera pas à être publié.

M. Cornil en a aussi renouvelé l'application dans les affections pulmonaires. Voy. Pouls.

SPIROSCOPE. Nouvel instrument imaginé par M. Gardiner pour mesurer la capacité de la poitrine des malades et des personnes qui se présentent aux compagnies d'assurances sur la vie pour se faire assurer. Il est destiné à remplacer le vieux et vulgaire spiromètre. De sept pieds carrés environ, et un tube de caoutchouc vulcanisé de quelques pieds, il est ainsi très-portatif. (*Lancet*, juin.)

STAPHYLORRHAPHIE. Dans un cas de division congénitale, chez une fille de dix-neuf ans, M. Trélat a fait subir les modifications suivantes au manuel opératoire :

Sans parler du bistouri ni des ciseaux, quatre pinces sont nécessaires ici, deux coudées et deux droites, chacune d'elles à dents de souris, une longue aiguille fixe montée sur un long manche, offrant une grande courbure près de son extrémité et portant le chas près de la pointe et un crochet-mousse pour démêler les fils.

Les pinces à dents de souris servent à l'avivement. L'ai-

guille fixe, armée d'une anse de fil double de chanvre ou de soie, est portée sur une des lèvres de la plaie qu'elle traverse. Mais, dès que la pointe paraît en arrière du voile dans l'aire de la division, le fil en est saisi avec une pince et l'aiguille est retirée par son ouverture d'entrée. Il reste derrière le voile une anse de fil souple. La même chose étant répétée du côté opposé, les deux anses de fil souple sont ramenées d'arrière en avant par l'ouverture du voile et les extrémités d'un fil d'argent bien aplati y étant accrochées, on tire successivement, de chaque côté, l'extrémité antérieure des fils souples. Les chefs du fil métallique étant attirés forment alors une anse ouverte en avant et passant à travers les deux lèvres de la plaie. C'est le procédé de A. Bérard pour ramener d'arrière en avant les deux extrémités du fil métallique, manœuvre qui est répétée autant de fois que l'on peut faire de points. Les fils passés sont tordus avec une pince en saisissant chacune de leurs extrémités, ce qui permet de juger du degré de constriction mieux qu'avec les doigts.

Si cette description paraît compliquée, ce procédé est simple et commode, dit l'auteur, à la pratique; contrairement à MM. Fergusson et Sédillot, il ne divise les muscles qu'après l'affrontement des lèvres de la plaie quand la tension des parties la rend nécessaire, et toujours sur la face visible du voile pour agir plus sûrement.

Pendant les quatre jours qui suivent l'opération, l'abstinence de toute alimentation par la voie buccale est combattue par des lavements alimentaires de vin et de bouillon répétés au besoin cinq à six fois par jour. Après ce temps, les fils sont retirés, car la réunion existe si elle doit se faire, et leur séjour prolongé ne peut que provoquer l'ulcération des tissus. Deux opérées, présentées à la *Société de chirurgie* offraient ainsi une réunion parfaite.

Quant à la préférence à accorder à cette opération sur la prothèse, l'état des parties doit en décider. MM. Verneuil et Trélat ont reconnu que celle-ci n'est possible et ne doit être tentée que lorsque le voile du palais a conservé encore assez d'étoffe pour permettre une restauration capable de rétablir complétement les fonctions du voile du palais. Dans le cas contraire, il faut laisser le champ libre aux fabricants d'obturateurs, et céder la place au caoutchouc. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Une histoire détaillée des modifications successives et des perfectionnements apportés à cette opération, surtout de la

part des chirurgiens anglais et américains, avec la représentation iconographique des cas et des différents instruments employés à cet effet, a été publiée par M. Collis de Dublin. (*Dubl. quar. Journ.*, février.)

Le docteur Paul (de Breslau) conteste la valeur de cette opération, fondé sur des observations d'adhérences à la paroi pharyngienne qu'il rapporte, ou d'occlusions de l'arrière-cavité des fosses nasales, avec persistance du nasonnement, dont la tension seule du voile du palais lui paraît la cause. C'est donc à le rendre plus large et plus mobile qu'il faut s'appliquer, par des incisions latérales, superficielles, comme on les fait pour la suture, ou en traversant le voile au besoin à plusieurs reprises, en attendant qu'il se referme par granulation. L'espoir émis par Langenbeck et d'autres, de voir la voix s'améliorer au bout d'un certain temps par la détente du voile du palais par l'usage de la parole, et peut-être plus encore de la déglutition, semble confirmer cette théorie. (*Archiv. de méd.*, octobre.)

D'ailleurs ces adhérences du voile du palais et du pharynx produisent des difficultés de la déglutition et modifient le goût et l'odorat, quand ils ne les anéantissent pas. C'est donc plutôt à les prévenir qu'à les favoriser qu'il faut tendre, bien que les dangers que l'auteur redoute paraissent exagérés, en ce que ses observations portent sur des cas de syphilis dont l'influence suffit à les expliquer.

Nasonnement. Cette imperfection du langage articulé persiste, même après l'ouranoplastie, suivant M. Passavant, quoique ce soit pour y remédier que les personnes atteintes de fissures palatines se font opérer. Il réside dans la brièveté du voile du palais incapable de produire l'occlusion du pharynx. Il s'agit donc, pour y remédier, d'obturer la communication de la bouche avec les fosses nasales, comme quelques individus le font instinctivement pour rendre leur parole plus intelligible en rapprochant par une affreuse contorsion de la face, les ailes du nez de la cloison, pour intercepter le passage de l'air. A cet effet, il propose de réunir la partie moyenne du bord du voile du palais, avec la paroi postérieure du pharynx, c'est-à-dire la *staphylo-pharyngorrhaphie*, comme il l'a pratiquée le 14 octobre 1862 sur une fille de dix-huit ans, opérée de staphylorrhaphie quatre ans auparavant. Une incision transversale du voile du palais dans son milieu, permit de retourner la moitié inférieure

ainsi séparée, et en la saisissant avec une érigne près de la luette, on put l'attirer en avant et en haut, soustraite qu'elle était à l'action musculaire. Il fut ainsi facile d'aviver avec le bistouri ce bord postérieur, dans une largeur de huit lignes et cinq de hauteur, en laissant intactes les parties latérales.

Ce premier temps exécuté, un aide relève la portion palatine abaissée avec une spatule, et saisissant la paroi pharyngée postérieure avec une longue pince à griffes, on enleva, avec le bistouri courbé angulairement sur le plat, un lambeau de cette muqueuse dans une étendue égale et correspondante à celle du palais.

Les contractions des muscles constricteurs rendent difficiles ce deuxième temps, aussi bien que le passage des fils de Florence pour opérer la suture et la réunion des parties avivées. Pour cela, une petite aiguille courbe fixée dans un porte-aiguille, et guidée par l'index, conduit les fils exactement l'un au-dessus de l'autre, chaque anse embrassant un demi-pouce environ. Après avoir abstergé, nettoyé la plaie, il n'y a qu'à nouer fortement les fils, et le voile du palais se trouve ainsi fixé à la paroi postérieure du pharynx. Il n'y eut aucun accident, et en laissant les sutures pendant six semaines, la réunion fut complète et le nasonnement entièrement disparu. La jeune fille respire par le nez, peut se moucher et avaler sans aucune incommodité.

Ce succès a engagé l'auteur à tenter une autre opération dans le même but. Deux incisions profondes jusqu'à l'os, partant du côté interne du crochet ptérygoïdien à gauche et à droite, fut dirigée dans la longueur d'un pouce vers la dent incisive médiane, en passant à deux lignes environ du côté interne de l'artère palatine descendante. Réunies en avant, ces incisions donnèrent lieu à un lambeau quadrilatère qui, détaché avec la spatule courbée sur le plat jusqu'à sa partie postérieure, permit le relâchement du voile du palais, qui put alors être repoussé sans effort contre la paroi postérieure du pharynx, et maintenu ainsi par la fixation du lambeau au moyen de deux sutures. Malheureusement, l'observation ne put être complétée ni le résultat connu, par l'absence de l'opéré. Elle montre néanmoins les secours que l'on peut employer en pareil cas. (*Arch. de méd.*, janvier.)

STÉATOSE. Ce n'est plus seulement l'intoxication phos-

phorique qui détermine cette transformation graisseuse d'un ou de plusieurs organes, M. Lower l'a observée à la suite d'un empoisonnement par l'acide sulfurique. L'urine évacuée après l'intoxication était trouble, d'un rouge brunâtre, et comme sanglante. La mort, survenue après trente-six heures, montra la substance corticale des reins opaque, et des stries jaunâtres dans les pyramides. L'épithélium est généralement atteint de dégénérescence graisseuse dans les tubes droits et contournés. La même altération existait dans les cellules du cœur, du foie et les muscles de la vie animale (*Berliner klin. Wochensch.*, n° 40, 1864). M. Wagner l'a vue encore plus généralisée dans un cas à joindre à celui de M. Mannkopf.

MM. Munk et Leyden ont confirmé ce fait par des expériences sur des animaux. Chez trois lapins, les cellules du foie et les muscles du cœur présentaient une dégénérescence graisseuse assez intense, et l'épithélium rénal offrait un état granuleux et trouble, réduit en partie en détritus. Ils n'ont jamais observé rien de semblable, au contraire, sur les chiens. (*Idem*, nos 49 et 50.)

Ces expériences ont aussi confirmé l'opinion de M. Lower sur la production de ce phénomène, conséquence du trouble de la nutrition par l'action directe de l'acide sur le sang qu'il décompose, et non d'un travail actif, inflammatoire. Elle n'a été observée chez les animaux, en effet, que lorsque l'acide sulfurique avait déterminé l'escharification dans l'estomac ou le duodénum. Les cas en ont été ainsi rapidement mortels chez l'homme: trois heures dans l'un, trente-six et trente-huit heures dans les autres. L'acide pénétrant directement dans le sang sans avoir été neutralisé par le liquide alcalin de l'estomac, explique son action destructive sur les globules, et dès lors le sang devient inapte à la réparation normale des organes, et la stéatose se produit par défaut de nutrition comme dans la majorité des cas. Les acides nitrique, oxalique et tartrique déterminent le même effet par leur propriété commune de détruire les globules du sang (*Gaz. hebd.*, n° 3). Voy. EMPOISONNEMENT PAR LES ACIDES.

STÉRILITÉ. Rappelant les principaux faits parus sur ce sujet depuis que, le premier, il s'en est occupé pour distingue chez l'homme la stérilité de l'impuissance par l'absence de spermatozoaires dans le sperme, M. Curling fait résulter celle-ci des trois causes suivantes :

1° *Ectopie des testicules*, ou leur rétention dans l'abdomen, ou dans les aines, c'est-à-dire la cryptorchidie. Des expériences nombreuses sur l'homme (M. Curling en cite 21) et sur les animaux prouvent que dans ce cas, bien que le coït soit possible, il n'est jamais fécondant et ne peut l'être par l'absence constante des spermatozoaires, soit que, par la compression qu'il a subie, le testicule ait été retardé dans son évolution, sa structure normale, soit qu'il ait subi une dégénérescence quelconque. Les pseudo-faits contradictoires, comme celui de M. Debrou, d'Orléans, tendant à montrer que des spermatozoaires existent néanmoins et rendent la fécondation possible, sont donc frappés de suspicion devant ces expériences péremptoires et font suspecter la vertu des femmes qui ont pu leur donner créance.

2° *Obstruction dans les conduits excréteurs des testicules.* Elle se rencontre à la suite de l'épidydimite simple ou double, comme les observations très-concluantes de M. Gosselin le prouvent et auxquelles M. Curling en ajoute 4 autres. Celle de Godard, où un homme était devenu père, n'ayant que le testicule droit dans le scrotum, tandis qu'il n'avait pu procréer ensuite après qu'il avait été frappé d'orchite blennorrhagique, fait surtout loi, d'autant plus que le sperme examiné ne contenait pas de zoospermes. C'est ainsi que nous en avons signalé également deux cas dans le *Dictionnaire annuel* de 1864, empruntés à M. Vénot et placés à tort au mot IMPUISSANCE. Il est donc important de traiter et de guérir complétement ces engorgements testiculaires ; même à l'état chronique, on peut espérer, en les dissipant, faire reparaître la faculté virile.

Le dépôt de tubercules dans l'épididyme et l'absence congénitale du canal déférent constituent une cause du même ordre, dont M. Curling rapporte de nouveaux exemples. Dans tous ces cas, les hommes se sont montrés plus ou moins aptes à se livrer au coït, mais sans jamais pouvoir engendrer par l'absence de zoospermes dans le fluide peu abondant, séreux ou spermatique qu'ils émettent.

3° *Obstacles à l'issue du fluide séminal.* Ce sont les rétrécissements, les coarctations de l'urèthre dont le calibre diminuant encore par le fait de l'érection, empêchent la sortie du sperme fécondant qui reflue dans la vessie. Cette cause n'est souvent pas soupçonnée, bien que pouvant donner lieu à une maladie de la femme : l'irritation des ovaires par suite de désirs non satis-

faits. Ce peut même être là un signe pour découvrir la cause de la stérilité de l'homme.

Ces trois ordres de causes de stérilité sont considérés par M. Curling comme constituant un obstacle au mariage, mais non de divorce, une fois celui-ci accompli, l'homme comme la femme pouvant dans ce cas ignorer leur état réel avant de l'avoir contracté. (*Union méd.*, nos 41, 44 et 53.) C'est donc là un excellent résumé de l'état de cette importante et nouvelle question de la stérilité de l'homme.

STRABISME. Le problème à résoudre consiste, suivant M. Tavignot, à *raccourcir* un muscle en réalité trop long, au lieu de s'efforcer d'*allonger* un muscle réputé trop court.

Ainsi, au lieu de laisser l'œil redressé osciller avec peine et, en quelque sorte, lourdement entre deux muscles, dont l'un a été mutilé par une section et dont l'autre reste toujours plus ou moins impuissant, il s'adresse au muscle le plus long, non-seulement pour le raccourcir d'une quantité suffisante, mais encore de manière à activer sa contraction physiologique.

Il applique à cet effet la galvano-caustique de la manière suivante :

Le muscle le plus long, c'est-à-dire celui qui est opposé à la déviation, ayant été saisi par une pince ordinaire en même temps que la conjonctive et soulevé aussi complétement que possible, on implante plus loin encore la pince galvano-caustique tenue jusque-là en réserve.

Cette pince offre les particularités suivantes :

Ses pointes libres sont disposées de manière à offrir une convexité, à côté du globe oculaire, par le simple rapprochement des crochets effilés qui les terminent ; ses branches elles-mêmes sont associées ensemble à l'aide d'une plaque d'ivoire interposée et de chevilles de même substance, afin d'obtenir un isolement complet de l'un et de l'autre courant galvanique.

Lorsque cette pince a été placée de manière à traverser le muscle dans une partie de son épaisseur et au niveau du diamètre transversal de l'œil, ce dont il est facile de s'assurer par l'épaisseur même du tissu saisi et par le degré de déplacement que l'on peut imprimer au globe oculaire, on fait établir instantanément le courant galvanique en mettant les électrodes de la pile en contact avec l'une et l'autre branche de la pince.

Ce qui se passe alors est facile à concevoir : les crochets de l'instrument mis en contact, *dans l'épaisseur même du muscle*, s'échauffent et rougissent sous l'action du courant galvano-caustique : d'où la contraction d'abord et la rétraction consécutive du muscle soumis à son influence.

La réaction qui suit cette galvano-cautérisation n'offre rien de particulier qui exige autre chose que les moyens ordinaires usités en pareille circonstance : de l'eau salée en lotions et un purgatif salin ont toujours paru suffisants.

Mais il est une règle absolue de laquelle dépend le rétablissement de l'équilibre fonctionnel des muscles et, par conséquent, le succès définitif de l'opération : c'est de pratiquer, pendant les dix ou douze jours qui suivent la galvano-cautérisation, l'occlusion de l'œil sain, de manière à supprimer pendant la durée du travail adhésif qui a lieu, l'antagonisme du muscle le plus court. L'œil opéré, et qui, comme on le sait, se redresse toujours de lui-même lorsque celui du côté opposé est fermé, devient alors *son propre régulateur* par rapport au degré de redressement qui lui est nécessaire ; et au milieu des conditions nouvelles qui lui sont faites, ce redressement qui, jusque-là, n'était que momentané et accidentel, devient durable et acquis d'une manière définitive. (*Abeille méd.*, nº 32.)

Ce procédé est sans doute très-ingénieux, mais c'est le cas de dire que le moindre fait d'application serait bien préférable

M. Javal réveille et régularise la vision binoculaire en soumettant la vue à différentes séries d'exercice du stéréoscope avant et après la ténotomie. Après avoir bandé le meilleur œil afin d'exercer l'autre, il soumet chaque jour le malade à ces exercices stéréoscopiques dont il a exposé longuement les détails à la Société ophthalmologique de Heidelberg. (*Ann. d'oculistique*, juillet et août.)

STROPHULUS. Les bains de sublimé, tels qu'ils sont prescrits par M. Bazin, ayant exaspéré la démangeaison au lieu de la calmer, le docteur Martin recourut aux lotions avec la solution suivante :

℞ Sublimé	0,05	centigrammes
Eau distillée	140	grammes.
Alcool	10	—
Mêlez.		

On lotionna avec cette solution les parties atteintes trois fois

par jour sans les essuyer. Aussitôt l'amélioration se manifesta. Encouragé par ce résultat, la dose du sel fut rapidement élevée à 10 centigrammes pour la même quantité d'eau, et dans l'espace de quinze jours en moyenne, on obtint la guérison d'une affection qui, dans la majorité des cas, durait depuis trois, quatre et cinq mois, en dépit d'une foule de moyens thérapeutiques dont l'action s'était montrée impuissante ou d'une efficacité purement temporaire.

Le sublimé est, en effet, un des plus puissants sédatifs de la démangeaison. Ainsi, dans le prurigo, qui complique souvent le strophulus, il est également efficace. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, sept.)

SUICIDE. *Du suicide et de la folie suicide*, par M. le docteur A. Brierre de Boismont, 2e édition, revue et augmentée, in-8° de 785 pages. *Germer Baillière.*

Une seconde édition sur un sujet semblable dit assez le mérite et le succès de la première. En ratifiant le jugement de l'Académie de médecine de Paris, qui a couronné cet ouvrage, la faveur publique en montre aussi la valeur. Ce sont là des témoignages irrécusables. En autant de chapitres séparés, les causes du suicide sont examinées dans tous leurs détails et statistiquement d'après un nombre de 15 000 observations: l'analyse des derniers sentiments des suicidés d'après leurs derniers écrits, dont les spécimens fourmillent; la symptomatologie et la nature du suicide; ses rapports avec la civilisation, sa distribution suivant les régions, les pays, les modes, les époques; son traitement, et enfin ses applications à la médecine légale, l'auteur a fait comme un mémoire spécial, un traité de chacun de ces sujets. Pas une proposition qui ne soit appuyée par de nombreux exemples concluants. Une grande érudition s'y révèle par de nombreuses citations puisées aux meilleures sources. Le lettré est réuni au savant. Autant par l'intérêt du sujet, toujours rehaussé par les histoires des faits, des observations que par l'attrait d'un style sobre, élevé, distingué, cet ouvrage captive l'attention du lecteur au point de ne pouvoir le quitter sans le finir. Le médecin y trouve l'instruction; l'homme du monde, le moraliste des exemples saisissants dont il peut profiter.

Il suicidio, par Laura Secondo, 1 vol. in-8°. Turin. En unissant sa voix à celle des Bonacossa, des Gianelli en Italie pour

demander l'adjonction du médecin dans les procès judiciaires, l'auteur traite particulièrement ce sujet au point de vue médico-légal. L'hérédité de la folie-suicide lui paraît devoir être une cause d'empêchement au mariage des individus nés sous cette fatale influence.

SULFITES. Introduits dans la thérapeutique par le professeur Polli (de Milan), ces médicaments n'ont encore été expérimentés qu'en Italie. On a plutôt écrit sur ce sujet à l'étranger pour faire connaître ces expérimentations que pour les répéter, les contrôler. Tout ce que l'on en sait vient à peu près de la Péninsule. C'est ainsi que, dans une nouvelle monographie sur l'*action physiologique et thérapeutique des sulfites et des hyposulfites*, M. le docteur Constantin Paul, au lieu de se baser sur ses propres observations, n'a guère raisonné, discuté, critiqué que sur celles des autres. Il rappelle exactement les faits et les opinions pour et contre, les nombreuses applications de ces sels comme topiques, désinfectants, et antiputrides, puis comme moyens thérapeutiques dans l'infection putride et purulente, les fièvres intermittentes et la malaria ou cachexie paludéenne, les fièvres typhoïde, puerpérale, éruptive, l'érysipèle, les cachexies, la phthisie en particulier et ces affections organiques incurables, comme le cancer, qui font le désespoir du médecin. L'usage interne et externe, les doses et les meilleurs modes d'emploi et de préparation sont indiqués, mais toujours d'après les autres ou à priori et sans le critérium d'une observation, d'une expérience propre. La bibliographie même est indiquée. (*Bull. de thérap.*, août et sept.)

C'est donc là un inventaire fidèle de tous les matériaux déjà bien encombrants existant sur ce sujet; mais ce n'est que cela. Publié à part, il formerait un guide sûr pour l'emploi, sinon l'expérimentation de ces nouveaux médicaments.

SURDITÉ. *Bain d'air comprimé.* En confirmation des effets consignés dans le *Dictionnaire de* 1864, M. Bertin, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, donne la préférence, dans un grand nombre de circonstances, au bain d'air comprimé sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache et les insufflations d'air par la méthode ordinaire, quand la membrane muqueuse de la trompe et de l'oreille moyenne congestionnée par une fluxion sanguine, par un état catarrhal, par

suite d'une atonie de causes diverses, s'oppose à l'arrivée de l'air ordinaire dans ces parties, à l'action qu'il exerce sur elles dans l'état normal, et devient ainsi la cause d'un affaiblissement de l'ouïe, capable d'atteindre le degré d'une surdité complète. C'est un moyen fort utile de guérison, dit-il. Il agit non-seulement par l'effet mécanique de la pression élevée, à laquelle on peut recourir, mais aussi par l'action plus générale, plus profonde qu'exercent sur la vitalité des parties malades et sur toute l'économie des propriétés nouvelles qu'il doit à la simple augmentation de densité.

Par ce moyen, l'injection se fait avec douceur et sans douleur; l'action s'en gradue, se prolonge et se soutient à volonté, d'une manière continue ou des mouvements d'oscillation qui lui donnent plus d'activité et une force désobstruante. Elle n'a pas les inconvénients des injections faites par le cathétérisme, et si le bain d'air comprimé ne peut toujours les remplacer, il le mérite dans bon nombre de cas. (*Montp. méd.*, avril.)

Ces assertions, appuyées sur des expériences et des faits qui ont en leur faveur la consécration du temps, méritent d'être prises en sérieuse considération. D'autant plus que dans la séance du 13 mars du collége médical de la Faculté de Vienne, le docteur Frend a également insisté sur les résultats avantageux obtenus par ce moyen contre les catarrhes aigus ou chroniques de la trompe d'Eustache. (*Wiener mediz. Woch.*, n° 22.)

SUTURE. Aux nombreuses variétés déjà employées et connues, M. Gaillard en ajoute une nouvelle. Une épingle est recourbée plusieurs fois de manière à former une épingle double, au talon de laquelle il y a une double plicature en sens opposés comme les plicatures des tubes de sûreté pour les expériences chimiques. On place de chaque côté de la plaie à réunir sans la traverser une des griffes ainsi obtenues, que l'on réunit par des liens de caoutchouc ayant leur point d'appui sur les courbures du talon de la griffe. Dès 1863, M. Legros (d'Aubusson) a publié une suture à épingles latérales (*Gaz. des hôp.*, p. 104), qui prévient de même la pénétration des lèvres de la plaie. (*Gaz. des hôp.*, n° 45.)

Suture entortillée. Une bande en caoutchouc, percée et munie d'un œillet, est engagée sous la tête ou la pointe de l'aiguille, qui passent l'une à travers l'œillet, l'autre à travers

la bande. On fait ensuite par-dessus la suture en huit de chiffre avec un fil oridnaire.

Cette modification de M. Gaillard ne fait que remplacer la bande de diachylon et la plaque déjà employées. Mais tous ces procédés sont-ils bien utiles et n'embarrassent-ils pas plutôt l'art qu'ils ne l'enrichissent?

Pour les chirurgiens français, les réunions de plaies, tentées dans le but d'en hâter la guérison et d'empêcher des cicatrices étendues, n'ont besoin que d'être faites avec des bandelettes de diachylon ou des sutures entortillées.

Toutes les fistules opérées peuvent être réunies par la suture métallique à points passés. Pourvu que l'avivement soit large et que les points de suture soient rapprochés, la réunion est toujours assurée. Rendons ici justice à l'esprit pratique des Américains ; ils ont formulé et appliqué le mieux cette proposition, qui leur fera longtemps honneur. (*Idem.*)

Suture des paupières. Voy. Œdème.

SYPHILIS. Incubation. *Recherches sur l'incubation de la syphilis*, par Alf. Fournier, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 48 pages.

A propos de deux faits soumis à la Société médicale des hôpitaux, l'auteur a montré, par le rapprochement de faits disséminés que, le plus souvent, l'incubation de la syphilis se prolonge au delà de trois semaines. Il n'est pas rare qu'elle atteigne une durée de quatre à cinq semaines. Parfois elle dépasse cette durée pour atteindre celle de six semaines.

Enfin, elle peut se prolonger même au delà ; dans un cas, elle a passé le chiffre extrême de deux mois.

La cause des incubations longues de la syphilis, suivant M. Fournier, est, pour la plus grande part, dans les conditions individuelles plus ou moins bonnes du sujet qui reçoit le virus. Rien n'est plus juste, et c'est une heureuse tendance que de rattacher aux individus, toujours si peu semblables les uns aux autres, des phénomènes variables. Cette manière d'envisager les choses a jusqu'ici fait faire plus de progrès à la science que le mysticisme médical qui mesure les maladies à des constitutions médicales non définies et à une puissance occulte variable des virus.

Prophylaxie. *Nouveaux moyens de prophylaxie* infaillibles

très-simples et inoffensifs, applicables chez la femme au moyen d'un nouvel instrument contre les maladies vénériennes et contre la syphilis, et explication théorique des formes et des phénomènes de la syphilis par un seul virus agissant comme les ferments, par M. le docteur Plaite. 1 vol. in-8° de 171 pages.

Médecin grec, l'auteur a écrit une monographie à l'usage de ses compatriotes. Adoptant la doctrine de la fermentation putride dans la pathogénie du virus syphilitique, il préconise et rappelle les mesures sanitaires et les moyens hygiéniques propres à la prévenir et à l'annihiler à l'aide d'un instrument particulier, le *coléocoréthron*, qu'il regarde comme d'un usage indispensable à cet effet chez la femme.

Bien appliqué dans le vagin, il bouche hermétiquement son entrée par sa base grosse et conique, et, par conséquent, retient le liquide. Celui-ci, poussé à l'aide d'une seringue à injections vésicales, d'une contenance de 120 à 150 grammes d'eau, et s'adaptant bien à l'orifice précité, sort par les trous latéraux, imbibe l'éponge, distend et remplit le vagin, et cela pendant tout le temps voulu, car, la seringue retirée, pas une goutte d'eau n'est perdue. On imprime ensuite des mouvements de rotation à l'instrument, et quand l'éponge a dragué ainsi toute la muqueuse, on retire l'instrument et le flot de liquide sort entraînant toute matière malpropre qui n'a pas adhéré à l'éponge.

Traitement. *Iodure de potassium*. Les premières manifestations de son action physiologique, selon M. le professeur Kuss (de Strasbourg), apparaissent sur le tube digestif où, en solution un peu concentrée, il agit par contact avant d'agir par absorption. Un sentiment de sécheresse et d'ardeur se manifeste dans le pharynx ; une véritable angine apparaît si les doses sont un peu fortes, avec rougeur généralisée et gonflement œdémateux du pharynx et des amygdales, sans grande gêne de la déglutition. Un afflux muqueux ou le ptyalisme iodique y succède. La salive est visqueuse sans que les gencives ni les dents présentent d'altérations pathologiques. Après quelque temps d'usage à doses progressives, la langue se recouvre d'un enduit grisâtre, uniforme, difficile à décrire, mais facile à reconnaître, quand on l'a vu. Il précède d'ordinaire l'éruption iodique et est l'indice du maximum d'effet thérapeutique. L'absence ou la pré-

sence de cette modification de l'épithélium lingual est pour M. le professeur Kuss, qui le premier l'a signalée, une source d'indications précieuses pour la progression des doses.

Du côté de l'appareil respiratoire, il y a très-souvent de l'embarras dans les fosses nasales, de l'enchifrènement; la sécrétion de la pituitaire devient plus abondante; il y a, en un mot, tous les signes d'un véritable coryza. Les bronches participent à ce mouvement. Toux sèche, peu prononcée, avec expectoration spumeuse, jamais grasse ni purulente.

Sur la circulation, il détermine tout d'abord l'accélération, l'ampleur et la plénitude des pulsations ; puis, au bout d'un temps d'usage variable suivant les sujets, le pouls est petit, déprimé, et reprend ensuite ses qualités premières. De là l'explication des contradictions des expérimentateurs. Des faits qui se sont présentés à son observation, M. Kuss a tiré cette conclusion : que les personnes dont le pouls est fréquent sont moins rapidement impressionnées que celles dont le pouls est plus modéré.

Le sel iodique se retrouve en totalité dans le sang avec toutes ses qualités chimiques ; il agit donc par sa présence ; son action est toute catalytique. Il s'oppose à la coagulation, la fibrine se trouve dissoute. Les globules sanguins, paraît-il, ne sont pas altérés dans leur forme, ni dans leurs dimensions, mais le nombre en est augmenté.

Son action spéciale élective sur la peau se traduit par l'acné iodique dont les pustules plus ou moins discrètes, ont un siége de prédilection. S'agit-il d'un iritis syphilitique, les premiers boutons iodiques se développent dans les régions temporales, sourcilières ou malaires. Si c'est un bubon, la première poussée se fera aux aînes, à la partie supérieure des cuisses, pour se disséminer ensuite, ou bien, elle aura lieu dans le sens contraire. Ce fait d'observation, que personne n'a signalé, n'a point échappé à l'œil attentif de M. Kuss. On peut ainsi prédire à coup sûr l'apparition de ces acnés, quand se manifeste l'enduit grisâtre de la langue, annonçant la saturation de l'économie.

Une autre éruption iodique encore peu connue, quoique des plus importantes, a aussi été signalée par le professeur de Strasbourg : c'est une infiltration limitée du tissu connectif souscutané de presque toutes les régions du corps, tout en affectionnant aussi de préférence le voisinage des parties particulièrement sous l'influence de l'affection contre laquelle le remède est administré.

C'est donc sur l'élément connectif que l'iodure potassique agit, c'est sur lui que s'exerce tout son pouvoir pathogénique.

Ses effets sur le système nerveux se traduisent par de la céphalalgie, du tremblement, quelques vertiges et même des névralgies selon l'observation répétée de M. Kuss. Ces névralgies causent parfois des douleurs si atroces aux malades que l'on est obligé d'abandonner le traitement. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, novembre.)

Toute son efficacité dépend, selon M. Despiney, de ce qu'il rend solubles les préparations mercurielles employées avant lui. C'est ainsi qu'il guérirait de même les intoxications saturnines et cupriques. Les préparations d'or, de fer, d'argent, les bains de vapeur, les sudorifiques, les diurétiques, et les purgatifs agissaient au même titre avant lui. C'est donc simplement comme antidote qu'il agirait. Son indication existerait toutes les fois qu'une certaine quantité de mercure ayant été absorbée, la guérison se fait attendre. S'il n'y a pas d'effet franchement favorable, ou s'il y a aggravation, il faut revenir à l'usage du mercure, car si l'économie était suffisamment saturée de celui-ci, l'action de l'iodure serait immédiate. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 22.)

M. Guillaumin propose de revenir à l'usage de l'iode à faible dose, de préférence à l'iodure de potassium à cause des bons effets qu'il en a obtenus au Maroc, dans le traitement des accidents secondaires. Il l'emploie de la manière suivante :

℞ Teinture d'iode au dixième.	5	grammes.
Eau commune	1000	—
Mêlez.		

Deux à trois cuillerées avant le repas du matin et autant le soir, est la dose ordinaire. Le bon marché de cette préparation, sa conservation lorsqu'elle est tenue à l'abri de la lumière, son dosage facile et l'absence d'accidents que l'on remarque souvent avec l'iodure de potassium, à cause des hautes doses qu'il faut employer et des falsifications dont il est l'objet, sont les motifs de cette préférence. (*Gaz. hebd.*, n° 9.)

Arsenic. Deux faits relatés dans l'*Escholiaste medico*, n° 230, méritent l'attention. Des militaires sont admis à l'hôpital de Lisbonne, pour une syphilide pustuleuse très-manifeste et consécutive à des accidents primitifs. Pendant plusieurs mois, toutes les préparations mercurielles et l'iodure de potassium restèrent

sans effet, lorsque l'acide arsénieux ayant été administré à la dose de 2 milligrammes par jour, les croûtes se détachèrent bientôt, les ulcérations se cicatrisèrent et la guérison ne tarda pas à s'opérer. (*Med. Times*, février.)

Que, sous cette syphilide apparente, il se soit caché un état diathésique spécial qui ait empêché l'action du mercure de se manifester ou qu'elle ait été confondue avec une dermatose particulière que l'arsenic a pu modifier et guérir, à la bonne heure ; autrement il faudrait substituer ce poison au mercure dans son action spécifique, ce que rien ne justifie jusqu'ici.

Phagédénisme. Conduit par les applications heureuses du chlorate de potasse contre le cancroïde (voy. *année* 1864), M. Gaujot en a étendu l'usage à des ulcérations phagédéniques consécutives à des bubons de l'aine. C'était chez un jeune soldat de vingt-deux ans, entré le 5 juin au Val-de-Grâce. L'insuccès de tous les moyens tentés, même le cautère actuel avec excision des bords décollés des plaies, et l'extension toujours croissante du mal sans symptômes constitutionnels, le fait recourir à des pansements, matin et soir, avec des plumasseaux imbibés de la solution suivante :

℞ Chlorate de potasse.	4 grammes.	
Eau	100	—

Mêlez.

Les douleurs furent calmées dès le premier jour et le sommeil put être goûté. Dès le lendemain, l'amélioration des plaies était notable : les bourgeons prirent un bon aspect, la fétidité du pus diminua et, après quinze jours, les ulcérations étaient réduites de trois quarts.

Par des pansements différents de l'un et de l'autre côté, on put constater que c'était bien à l'action du chlorate de potasse que la cicatrisation était due ; l'épreuve est donc concluante. On en augmenta la dose, qui fut portée à 8, puis à 12 grammes pour 100 grammes d'eau et, après diverses complications qui vinrent entraver la guérison, la cicatrisation était parfaite le 16 mai 1864, sans froncements, ni adhérences, ni dépressions. (*Gaz. heb.*, n° 7.)

C'est le sulfate de cuivre qui a réussi dans un cas analogue offert par une femme dans le service de M. Foucher à l'hôpital Saint-Antoine. Une large ulcération ovalaire, de 9 à 10 centimètres de diamètre en longueur existait dans le sens du pli de

l'aine, à bords irréguliers, largement décollés, avec fond anfractueux et grisâtre. Pansée avec de la charpie trempée dans une solution de 15 centigrammes de sulfate de cuivre dans 30 grammes de glycerine, deux fois par jour, l'amélioration se manifesta immédiatement, et la guérison était complète dès le seizième jour que la malade quitta l'hôpital. (*Gaz. des hôp.*, n° 150.) Est-ce comme modificateur spécial ou simplement comme excitant que le sulfate de cuivre a agi dans ce cas ? Des faits répétés peuvent seuls le décider, bien qu'à juger des bons effets de la liqueur de Villatte dans les plaies atoniques, fistuleuses, cette dernière opinion soit peu probable.

Tubercules muqueux. Voulant contrôler l'exactitude des conclusions de M. Thiry, de Bruxelles, sur ce sujet, à savoir : que les tubercules muqueux de la vulve et de la marge de l'anus sont une affection simple, résultat de la malpropreté et des abus vénériens, guérissant par les moyens locaux, et que l'ulcération seule les rend virulents et contagieux, surtout lorsqu'elle est indurée, M. Soresina, médecin du syphilicôme de Milan, a institué les expériences suivantes : 25 prostituées admises à l'hôpital du mois de juin 1863 à la fin de décembre 1864, et atteintes exclusivement de cette affection, furent soumises simplement aux soins de propreté avec l'eau mettant de côté l'eau phagédénique employée par M. Thiry, et se bornant aux cautérisations avec le nitrate d'argent lorsqu'il y avait ulcération. Or, à part 3 qui ont présenté des accidents constitutionnels dès leur entrée et qu'il a fallu soumettre à un traitement mercuriel, les 22 autres ont guéri spontanément, avec les seuls soins de propreté, dans une moyenne de 26 jours, qui qui se réduit même à 20, si l'on élimine 3 cas où l'affection se présentait avec une gravité exceptionnelle.

De ces 22 malades traitées sans mercure, il n'y a eu que deux exemples d'accidents constitutionnels, bien qu'ils soient restés en observation de trois à dix-huit mois après leur guérison. Or, si l'on tient compte du défaut de renseignements certains sur les antécédents, ce nombre de 2 cas sur 22 est évidemment très-restreint. Il y a donc lieu d'adopter les conclusions de M. Thiry, contrairement à l'opinion des autres syphilographes, corroborées qu'elles sont par deux inoculations négatives, alors surtout que la réussite dans un cas fut suivie d'accidents constitutionnels.

Loin donc d'admettre qu'il y a deux espèces de tubercules muqueux, dont une d'origine spécifique, l'auteur croit que ces lésions sont toujours simples et qu'ils ne revêtent le caractère spécifique et ne s'ulcèrent que chez les personnes en puissance de vérole, au même titre qu'une lésion traumatique quelconque. (*Gazz. med. Lombarda*, n° 52, 1864.)

Traité des maladies vénériennes, par J. Rollet, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens), etc. (Premier fascicule.) L'ouvrage complet formera 1 volume in-8 d'environ 900 pages.

Syphilis infantile. *Epoque de son apparition.* Depuis que la question de l'inoculabilité de la syphilis par la vaccination a été soulevée, ce sujet a acquis un nouvel intérêt. On comprend toute l'importance de déterminer l'époque de son apparition, afin de ne pas s'exposer à la transmettre lorsqu'elle est encore à l'état latent chez le vaccinifère. Dans une *Étude clinique*, lue à la Société médicale des hôpitaux, par M. H. Roger, qui, appuyé sur vingt observations originales, apprécie les divers symptômes à leur valeur exacte, réelle et comparée, — cette apparition est fixée du premier au troisième mois après la naissance. Réunissant à ses 14 cas où elle est notée les 158 de M. Diday, 28 de M. de Meric et 40 de Mayr, ce qui fait un total de 249 faits, elle s'est montrée :

118 fois le premier mois de la naissance.
217 fois avant la fin du troisième.
32 fois seulement après cette date.

(*Union méd.*, n° 13.)

M. Dunn, sur 24 cas observés, confirme cette date, car il l'a vue apparaître 4 fois avant un mois, 9 fois avant 2, et 7 fois avant 3, soit 20 fois de 1 à 3 mois et une fois seulement à 4, 5, 6 et 7 mois.

Tous ces cas, dit-il, traités avec le chlorate de potasse à la dose de 10 centigrammes, trois fois par jour, sans aucune préparation mercurielle, ont tous guéri dans l'espace d'un mois, à l'exception d'un seul. (*Lancet*, décembre, 1864.) Ce résultat, contraire à la pratique générale, ne tend-il pas à infirmer cette statistique ?

Quoi qu'il en soit, voici un autre document statistique qui, par le nombre des faits autant que par leur authenticité et le

mérite de l'observateur, prouve au moins qu'il n'y a rien d'absolu à cet égard, comme M. Ricord, le premier, en fait l'observation. Sur 216 cas de syphilis héréditaire recueillis personnellement par le docteur Simas à l'hôpital de la Miséricorde, du mois de janvier 1858 au mois de février 1865, 27 cas sont apparus dans le premier mois de la vie, 49 dans le deuxième, 56 dans le troisième, 30 au quatrième, 14 au cinquième, 16 au sixième, 7 au septième, 2 au huitième, 7 au neuvième, 4 au onzième, 1 au treizième, 1 au quatorzième et 2 au dix-huitième. Voilà qui recule singulièrement le terme fixé à sept semaines par M. Depaul, à trois mois selon MM. Diday et H. Roger, et qui change tous les calculs faits à ce sujet, et les déductions qu'on en a tirées pour la vaccine. Ce n'est plus, en effet, les 7/8es des cas qui apparaissent ici avant la fin du troisième mois comme dans la statistique de M. H. Roger, mais seulement les 5/8es, et il faut arriver à la fin du sixième pour toucher cette proportion. Est-ce donc que cette évolution de la syphilis héréditaire externe varie selon les lieux, les climats? Dans ce cas, elle serait moins que jamais une garantie pour la vaccine, car ici il faudrait arriver jusqu'au sixième mois pour la pratiquer avec quelque sécurité. (*Soc. das sc. med.* et *Revista med. portugueza.*)

Lésions osseuses. — Elles sont si rares, que c'est à peine s'il en existe quelques exemples bien authentiques dans les annales de la science. Le cumul assez fréquent de la syphilis avec la scrofule et le rachitisme ne permet pas toujours de dire de quel caractère sont celles que l'on rencontre, et l'impossibilité d'apprécier rigoureusement les exacerbations nocturnes de la douleur chez un enfant ne permet pas d'en établir le diagnostic différentiel. M. A. Fournier dit cependant en avoir observé deux exemples. Le premier sur un enfant de trois mois, assez fort et de belle apparence, chez lequel on constate une syphilide papuleuse des fesses et des cuisses, plaques muqueuses des lèvres et du scrotum, coryza abondant, à pus sanieux, non strié de sang. Ces accidents, apparus au deuxième mois, ont été suivis dans le cours du troisième d'une tuméfaction considérable de la partie inférieure de l'humérus, sans changement de couleur de la peau. La tumeur, dure, a le volume d'une grosse amande adhérente à l'humérus et immobile. L'enfant ne peut fléchir l'avant-bras; il le laisse pendre comme paralysé, et les doigts n'exécutent aucun mouvement.

Le second a une grande analogie avec celui-ci.

Enfant de trois mois, né de parents syphilitiques, venu au monde sans éruption ni la moindre trace de syphilis. C'est vers la sixième ou septième semaine seulement que se sont manifestés des boutons ulcérés des fesses, de l'anus et du scrotum, un écoulement nasal d'aspect purulent, et diverses éruptions cutanées. A trois mois accomplis, il présente une syphilide pustulo-crustacée de la face, occupant surtout le front et les narines, un écoulement purulent, strié de sang, par les narines et des traces nombreuses de papules cuivrées sur les fesses, le scrotum et l'anus.

A la partie supérieure de l'avant-bras, tuméfaction considérable, avec empâtement, sans changement de coloration aux téguments, due surtout à une augmentation de volume des deux os de l'avant-bras, à leur partie la plus supérieure. Le cubitus paraît doublé de volume dans son quart supérieur ; le radius surtout est très-volumineux ; sa tête, autant qu'on peut en juger, semble du volume d'une noix. L'humérus est sain.

État général : Pâleur, un peu d'amaigrissement. Cependant, la face n'est pas altérée ; elle ne présente pas surtout cet aspect sénile dont on a fait un des traits caractéristiques de la syphilis infantile; pas de phénomènes de cachexie. Les grandes fonctions sont saines.

Traités par la solution d'iodure de potassium, ces deux enfants ont été promptement améliorés, mais la guérison n'est pas certaine. (*Union méd.*, n° 34.)

M. Hérard a relaté un exemple encore plus remarquable à la Société des hôpitaux, en ce que, à une destruction des os propres du nez, avec plaie fistuleuse chez une fille de dix-neuf ans et paraissant héréditaire, se joignaient d'autres symptômes qui mettaient en question la nature scrofuleuse ou syphilitique de cette lésion. En effet, bien portante jusqu'à sept ans, cette enfant avait maigri tout à coup avec tuméfaction du ventre et ascite consécutive ponctionnée jusqu'à trois fois. Puis de nombreux abcès au cou dont il y a de nombreuses traces, suivirent, et enfin, à quinze ans, manifestation d'un coryza rebelle avec excroissance charnue dans la narine gauche, puis ulcérations, nécrose. Ces accidents persistaient depuis quatre ans à son entrée à l'hôpital Lariboisière. Elle était sans fièvre, sans douleur vive, les organes génitaux parfaitement sains.

L'impossibilité de retrouver l'origine d'une syphilis inoculée,

et l'absence d'accidents secondaires mettaient donc en question la nature scrofuleuse de ces lésions. Autrement, il fallait admettre une syphilis héréditaire à apparition tardive, comme MM. de Méric, Sygmund, Dittrich, Ricord en ont cité des exemples, repoussés comme impossibles par M. Roger. Néanmoins, il suffit dans ce cas, et comme pierre de touche, d'administrer l'iodure de potassium à doses rapidement croissantes pour que les ulcérations s'améliorassent immédiatement et se cicatrisassent avec rapidité. L'épreuve était donc décisive, et de fortes présomptions en résultaient sur la nature héréditaire de cette syphilis. (*Union méd.*, n° 40.)

Suivant M. Laillier, cette épreuve n'est point infaillible par la raison que l'iodure de potassium réussit dans des cas où la scrofule paraît jouer le premier rôle; mais les trois exemples très-intéressants qu'il rapporte à l'appui de cette opinion ne sont guère de nature à la faire triompher. Si le diagnostic différentiel de la syphilis et de la scrofule présente des difficultés très-grandes, il nous semble que l'iodure de potassium, amenant tout à coup une amélioration tranchée dans la marche et l'aspect des lésions, il n'y a pas lieu de douter de leur nature syphilitique constitutionnelle. Un spécifique peut seul agir avec cette rapidité, et jamais l'iodure de potassium, à haute dose surtout, n'a été considéré comme tel à l'égard de la scrofule. Que des apparences de celle-ci entées sur la syphilis viennent en obscurcir le diagnostic, à la bonne heure, mais on ne saurait douter de la prédominance syphilitique, quand l'iodure de potassium triomphe aussi légitimement.

C'est ce que M. Fournier semble avoir admis implicitement en rappelant que l'on ne saurait douter davantage de la nature syphilitique de certaines lésions, lors même qu'elles sont rebelles au mercure et à l'iodure de potassium. Leur caractère suffit ici à en affirmer la nature, tandis que là, c'est le traitement. (*Union méd.*, n° 49.)

La discussion savante qui s'est engagée à ce sujet est d'ailleurs pleine d'enseignements sur les difficultés du diagnostic différentiel de la scrofule et de la syphilis, qui peuvent bien souvent exister simultanément. L'antagonisme n'existe pas entre ces deux affections, et un enfant peut bien les apporter à la fois en naissant. Mais nous croyons qu'il convient de dégager, ici surtout, l'utilité du traitement pour trancher la difficulté.

Bien différente est la communication faite par M. Dunn à la

Royal med. and chir. Society sur le traitement de la syphilis infantile sans mercure. Il s'agit de 53 enfants, âgés de quelques semaines à quelques mois, nés de parents syphilitiques, traités au dispensaire Farringdon exclusivement avec le chlorate de potasse, trois exceptés et qui ont guéri dans la même proportion après un traitement variant de 18 à 63 jours. La maladie était apparue chez 17 le premier mois, chez 21 le second, chez 10 le troisième et seulement chez 2 le quatrième et 1 dans chacun des deux mois suivants. Chez trois enfants, la vaccination seule en avait déterminé la manifestation bien évidente. Dans 8 cas, le père seul était syphilitique, la mère dans 18 et tous les deux dans 10. Rien donc jusque-là qui s'écarte notablement des lois pathologiques ordinaires. Mais il n'en est pas de même des résultats : 50 enfants guérissent sur 53 au moyen de trois grains de chlorate de potasse par jour et parfois d'huile de foie de morue et de vin ferré comme adjuvants. Et encore des trois décès énoncés, l'un fut dû à des convulsions, l'autre survint dès l'arrivée de l'enfant au dispensaire, et le dernier, le troisième jour seulement, alors que ces deux derniers enfants avaient subi un traitement mercuriel avant leur admission !!

Aussi est-ce sur ces résultats incroyables que la discussion s'est établie. Si l'expérience d'autres praticiens les confirmait, a dit M. H. Lee, il n'y aurait plus qu'à tirer l'échelle sur ce sujet, mais elle les contredit formellement au contraire. Ils prouvent donc beaucoup trop et la raison de cette différence doit être que des affections bénignes ont été enregistrées comme des cas de syphilis, sinon les petits malades n'ont pas été suivis assez longtemps et la moindre amélioration a été prise pour une guérison complète.

D'aussi faibles doses de chlorate de potasse sont sans action et tout à fait insignifiantes, a ajouté M. Spencer-Wells, sinon pour amuser les mères et leur inspirer la sécurité.

Étude clinique sur la syphilis infantile (mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux), par Roger, médecin de l'hôpital des Enfants malades, etc., gr. in-8 de 46 pages.

Sulla sifilide dei bambini (sur la syphilis des enfants), 43 pages in-8°, par le professeur Minich. Leçons professées à l'hôpital de Venise sur les connaissances actuelles de ce sujet.

Sifilide da allattamento (syphilis de l'allaitement et formes initiales de la syphilis), par le docteur Am. Ricordi, brochure grand in-8° de 180 pages, Milan.

Syphilis vaccinale. Un cas parfaitement avéré en a été observé et relaté par M. Millard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, sur un jeune homme de vingt-sept ans, qui s'était fait revacciner à l'Académie de médecine, le 19 août 1865, avant d'aller visiter son père atteint de variole. Le vaccinifère, pâle et de chétive apparence, était âgé de six mois. Il ne fit pas attention si les pustules étaient saignantes. Des six piqûres, les quatre supérieures se développèrent normalement. Les croûtes tombent vers le 12 septembre.

Huit jours après, deux nouveaux boutons de vaccine paraissent au niveau des piqûres inférieures de chaque bras sans démangeaison, qui se convertissent bientôt en croûtes sèches et brunâtres. Vers le 22 octobre, M. X. est pris de douleurs de tête très-violentes, revenant toutes les nuits dès qu'il a la tête sur l'oreiller, et qui le privent de sommeil. Douleurs vagues dans la poitrine. Des rougeurs insignifiantes sans prurit apparaissent consécutivement sur la face antérieure de la poitrine et le ventre. C'est vaincu par l'intensité des douleurs de tête que le malade se décide à consulter M. Millard, le 6 novembre, pour ce qu'il appelle son rhumatisme de la tête ; se plaignant en outre d'un peu de malaise général.

Les circonstances de la revaccination signalées par hasard mirent sur les traces de la maladie réelle. Le malade, déshabillé, portait à la partie supérieure de chaque bras une croûte épaisse, brunâtre, surmontée de deux cicatrices récentes de vaccine régulière. Celle du bras droit ne différait pas sensiblement des croûtes vaccinales légitimes, mais celle du bras gauche était beaucoup plus large, de forme cunoïde, de couleur très-foncée, noir verdâtre, très-épaisse, et comme formée de plusieurs couches écailleuses, rappelant les couches du *rupia*. Il était difficile de sentir de base indurée sous ces croûtes ; mais elle devint manifeste après leur chute. On constatait en outre, dans chaque aisselle, une véritable pléiade de ganglions lymphatiques tuméfiés et indolents. Les bras, la poitrine, et surtout les régions latérales et postérieures du tronc, sont le siége d'une irruption papulo-vésiculeuse, absolument indolente, étendue et marquée, ayant tous les caractères d'une syphilide. Pas de maux de gorge, isthme du gosier sain. Pas d'alopécie ; de petites croûtes formées sur le cuir chevelu n'ont pas tardé à disparaître. Un seul ganglion légèrement tuméfié à la région occipito-mastoïdienne. La céphalalgie s'exaspérait la nuit, sans

être limitée à un côté, prédominant plutôt au sommet de la tête, et augmentant à la pression; redoublant d'une manière très-sensible au contact et à la chaleur de l'oreiller.

Les organes génitaux étaient sains, sans cicatrices ni engorgement ganglionnaire dans les aines; le malade affirme n'avoir jamais eu de chancre.

M. X... était donc bien évidemment atteint de syphilis vaccinale qui lui avait été inoculée le 19 août; les croûtes existant aux bras près de quatre-vingts jours après l'inoculation, recouvraient deux ulcérations de nature chancreuse; les engorgements ganglionnaires des aisselles en étaient la conséquence et devaient exister depuis longtemps; enfin, l'apparition presque simultanée de la céphalée et de l'irruption cutanée deux mois après confirmaient le mode d'évolution le plus habituel de la diathèse syphilitique.

M. le docteur Hardy, chez qui le malade fut conduit séance tenante, après l'avoir examiné et interrogé, n'hésita pas à porter le même diagnostic, et à déclarer que la syphilis avait été inoculée par les piqûres de vaccin. Un traitement mixte, composé de pilules de protoiodure de mercure et d'une solution d'iodure de potassium pour débarrasser promptement le malade de sa céphalée si pénible, fut arrêté. Dès le soir même du 6 novembre, M. X... fut conduit par son oncle, célèbre médecin spécialiste, chez M. Ricord. L'éminent syphilographe qui avait, au mois de janvier dernier, combattu à l'Académie, avec une grande vivacité, les conclusions du rapport de M. Depaul, et qui avait contesté plusieurs observations invoquées à l'appui, n'a pas hésité, dans le cas actuel, à se rendre à l'évidence, et à reconnaître que la revaccination avait été le point de départ de la syphilis. Il prescrivit un traitement identique. La croûte du bras droit est tombée le 9 novembre, montrant une cicatrice arrondie, rougeâtre, très-peu saillante et légèrement indurée. Le 14 ou le 15, celle du bras gauche s'est détachée à son tour et a fait place à une cicatrice large, circulaire, à base manifestement indurée, semblable à celle d'un chancre. La céphalée a disparu rapidement et l'éruption du tronc, après avoir un peu augmenté, commence bientôt à pâlir, quoique très-caractérisée encore au moment de la présentation du malade à la *Société de médecine des hôpitaux*, le 22 novembre, ainsi que plusieurs membres ont pu s'en assurer.

On ne saurait élever de doutes sur l'authenticité de ce fait.

Il a une importance considérable, puisqu'il constitue peut-être le premier cas avéré de syphilis vaccinale qu'on puisse imputer à l'Académie de médecine. M. Depaul, averti de ce cas malheureux, a commencé immédiatement une enquête sur les vaccinations pratiquées simultanément à l'Académie. Neuf enfants avaient été vaccinés en même temps que M. X... : six d'entre eux ont été trouvés manifestement atteints de syphilis ; ils sont en voie d'amélioration, grâce à un traitement spécifique surveillé par M. Depaul lui-même ; deux sont morts sans qu'on ait pu savoir exactement la cause du décès, ni s'ils ont eu des accidents syphilitiques ; le neuvième enfant n'a pu être retrouvé.

Quant au vaccinifère, envoyé en nourrice dans le département des Basses-Pyrénées, il paraît avoir succombé avec tous les signes de la syphilis.

Restent les soldats revaccinés également le 19 août avec le même vaccin infectieux, et sur lesquels on n'a pas encore de renseignements. On ignore leur nombre exact ; beaucoup d'entre eux ont quitté Paris, soit pour changer de garnison, soit pour partir en expédition ou pour regagner leurs foyers. (*Union méd.*, n° 147.)

De la syphilis vaccinale, communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. Depaul, Ricord, Blot, Jules Guérin, Trousseau, Devergie, Briquet, Gibert, Bouvier, Bousquet, suivies de Mémoires sur la *Transmission de la syphilis par la vaccination et la vaccination animale*, par MM. A. Viennois (de Lyon) et Auzias Turenne, etc.; un volume de 500 pages.

Syphilide pigmentaire. Des taches cutanées à fond jaune, observées chez 18 femmes sur 72 atteintes de syphilis, ont été érigées en une forme exanthématique spéciale de l'infection syphilitique par le docteur Tanturri, de Naples, dans un mémoire sur ce sujet, publié en 1864. Mais le professeur Gamberini a combattu et détruit cette théorie, on peut dire par des raisons péremptoires. Il a montré par des faits que ces taches jaunes existent chez des personnes indemnes de toute trace syphilitique, notamment dans le cas d'affections utérines. Chez les hommes, elles coïncident fréquemment avec le pytiriasis *versicolor* et un certain état bilieux hypocondriaque. Chez les vénériens, cette pigmentation se manifeste à toutes les périodes de leur maladie sans desquammation et résiste au traitement

spécifique alors que tous les autres accidents disparaissent. Autant de preuves qu'elle n'est pas de nature syphilitique et doit être considérée comme une complication étrangère lorsqu'elle se montre chez des vénériens. (*Gazz. med. Lombarda*, nº 27.)

Taches syphilitiques. Des taches fauves sur la face, véritables macules pâlissant à peine à la pression et succédant à une infection syphilitique ne disparaissaient pas, malgré l'emploi de bains alcalins, de bains de mer et au sublimé ; les taches accusatrices avaient toujours le même aspect roussâtre. M. le docteur Leclerc les fit recouvrir alors de l'enduit suivant :

℞ Sublimé corrosif.	0gr,50.
Collodion.	15 grammes.
Mêlez.	

Cinq jours après, les taches étaient à peine apparentes ; trois applications de cet enduit avaient suffi pour les faire disparaître entièrement. (*Presse med. belge*, nº 51.)

T

TABAC. Dans un mémoire très-littéraire lu à l'Académie de médecine, M. Jolly a renouvelé et même augmenté les accusations dont l'usage exagéré de cette plante a été l'objet. Il s'attache à démontrer que c'est un des poisons les plus actifs, et il n'hésite pas à attribuer à la nicotine une influence prépondérante dans l'étiologie de la paralysie générale, maladie qui paraît augmenter de fréquence. Elle est ainsi beaucoup plus commune chez les hommes que chez les femmes, parmi les aliénés, comme on peut s'en convaincre dans les asiles. L'absence de cette maladie dans les nombreuses contrées du Levant dont le tabac ne contient pas de nicotine, et sa progression, au contraire, dans notre armée, en sont d'autres preuves. Elle est presque inconnue dans la Saintonge, le Limousin, la Bretagne où l'on ne fume presque pas, quoique l'on y fasse une énorme consommation d'eau-de-vie, ce qui semble confirmatif de l'expérimentation physiologique de M. Cl. Bernard, à savoir : que la nicotine agit spécialement sur la faculté motrice, l'alcool sur la faculté sensitive.

Après beaucoup d'autres auteurs, M. Jolly met sur le compte de l'habitude de fumer et de chiquer la carie dentaire, le cancer

des lèvres, de la langue et de l'estomac. Il rappelle le rôle que lui font jouer plusieurs ophthalmologistes dans la production de l'amaurose, et cite de nouveaux cas où l'intelligence en a été troublée, détruite. Il croit même que l'augmentation de la mortalité générale doit être attribuée en partie à cette fatale habitude. Il propose en conséquence de :

1° Substituer dans le commerce, dût-on les payer bien cher, les tabacs du Levant, de Grèce, des Arabes, du Paraguay, du Brésil et autres, ne contenant que de faibles proportions de nicotine, aux tabacs plus ou moins saturés de ce principe toxique; ce qui rendrait à l'agriculture les quelques 20 000 hectares d'excellentes terres qu'elle consacre à la culture d'une plante vénéneuse, et ce qui concilierait déjà les intérêts de l'hygiène publique et du régime fiscal.

2° Ou bien : dépouiller nos tabacs indigènes de leur excès de nicotine, s'ils doivent rester dans le commerce, par des moyens qui sont au pouvoir de la science des chimistes, et qu'il n'est pas besoin d'indiquer ici, dût-on pour cela remplacer le principe toxique par des parfums qui ne manqueraient pas pour répondre à tous les goûts individuels, et qui ne seraient pas seulement plus hygiéniques, mais plus agréables aux sens que les odeurs âcre, empyreumatique et ammoniacale des tabacs nicotisés.

3° Enfin, éclairer la raison publique sur la valeur relative ou hygiénique des diverses sortes ou provenances de tabac, afin de la prémunir contre les effets plus ou moins nuisibles qu'elles peuvent avoir sur la santé. (*Acad. de méd.*, février.)

Mais comme le dit justement M. A. Latour, sous cette brillante forme littéraire, le mémoire de M. Jolly constitue une assertion prolongée plus qu'une démonstration; les faits véritablement cliniques y sont rares et il ne répond pas à toutes les exigences de la science moderne; il n'y est question ni d'anatomie pathologique, ni d'observations microscopiques, ni de recherches chimiques; la méthode numérique y a été dédaignée, et les faits n'y sont ni comptés, ni groupés, ni rapprochés. Il s'écarte donc beaucoup de la manière généralement employée dans l'exposition des recherches de l'ordre médical, et si la nicotine est cause de tous les maux dont on l'accuse, les exigeants peuvent demander qu'on montre le corps du délit. Quelques milligrammes de nicotine, extraite des viscères d'une des victimes supposées de l'abus du tabac, constitueraient aussi un argument bien éloquent.

C'est ainsi, bien plus avec les armes du raisonnement que par des faits pertinents et sans réplique, que le tabac a de nouveau été vivement attaqué. L'accusation s'est appuyée sur des considérations de l'ordre moral et logique plus que sur des preuves décisives, et il pourra bien arriver que le tabac sorte de cette épreuve comme sortent de la Cour d'assises certains individus acquittés faute de preuves, mais fortement soupçonnés d'être coupables et moralement flétris. (*Union méd.*, n° 26.)

Comme s'il avait prévu ce défaut de l'accusation, M. Bertillon est venu prouver mathématiquement, pour ainsi dire, les désastreux effets du tabac sur l'intelligence, en montrant à quel rang les fumeurs ont figuré dans les classements par ordre de mérite qui ont lieu trois fois l'an à l'École polytechnique. Sur les 160 élèves de la promotion de 1855-56 qu'il a pu soumettre à cette enquête, il y avait 102 fumeurs qui se sont répartis comme il suit :

NUMÉROS des classements par ordre de mérite.	NOMBRE DES FUMEURS DANS CHAQUE SÉRIE DE 20 ÉLÈVES. Classement d'entrée.	Classement de Pâques.	Classement de fin d'année.	Moyenne générale.
1 à 20.	5	6	8	6,3
20 à 40.	12	9	10	10,3
40 à 60.	13	10	12	11,6
60 à 80.	16	15	12	14,3
80 à 100.	11	13	14	12,6
100 à 120.	17	15	15	15,6
120 à 140.	13	17	16	15,3
140 à 160.	16	16	16	16

Ce tableau montre que parmi les élèves qui ont obtenu aux examens les vingt premières places, il y avait 5 à 8 fumeurs ; que parmi ceux qui ont obtenu les vingtièmes à la quarantième place, il y avait de 9 à 12 fumeurs, et ainsi de suite ; c'est-à-dire que le nombre des fumeurs s'accroît progressivement à mesure que le classement est plus défavorable.

Dans cette distribution, tous les fumeurs de pipes, de cigares, de cigarettes, sont confondus. En ne considérant que ceux qui se servent de la pipe, les grands fumeurs, nous aurons pour eux en particulier la distribution moyenne suivante, encore plus accentuée en procédant toujours par série de vingt élèves:

3,7 — 6,3 — 6,7 — 8,7 — 7 — 10,3 — 10 — 11,3

Il est bon de remarquer, en outre, que les 3,7 grands fumeurs du premier groupe sont aux derniers rangs dans ce groupe.

Ainsi, voilà des jeunes gens qui se sont livrés à trois luttes successives, trois luttes acharnées, car leur avenir en dépendait ; et d'ailleurs, quand on a sous les yeux le mouvement nominatif, on voit que la mêlée a été complète, que les uns sont descendus, les autres sont remontés ; aucun n'a gardé le même rang ; peu sont restés dans leur série, et pourtant la même distribution des fumeurs se fait toujours remarquer. Tandis que dans la première série, à peine un tiers ou un quart des élèves sont adonnés au tabac, dans les dernières, il y en a les trois quarts ; dans la dernière, les quatre cinquièmes. (*Union méd.*, nº 29.)

L'intelligence et le tabac sont donc inconciliables. On le présumait bien : comme toutes les vérités, celle-ci était sentie avant d'être prouvée. Mais la démonstration précédente résout toutes les objections, lève tous les doutes. Les fumeurs sont maintenant avertis. Et que l'on ne dise pas que c'est plus le temps perdu à fumer que le tabac lui-même qui est cause de ce résultat. On ne fume à l'École polytechnique que pendant les récréations.

M. Igonin, médecin de la manufacture des tabacs de Lyon, n'attribue aucune influence nocive du travail des ouvriers sur leur santé. Les nouveaux ouvriers sont pris de nausées, céphalalgie, vertiges pendant un à huit jours, surtout les femmes et les enfants, et c'est tout. Des ouvriers y sont occupés depuis plus de quarante ans sans en éprouver aucun inconvénient. (*Soc. de méd. de Lyon*, mars). Ce n'est donc pas là une profession insalubre, comme M. Mêlier l'avait d'ailleurs proclamé dans son beau rapport sur ce sujet, malgré quelques cas isolés contredisant en apparence cette conclusion. L'exception ne peut infirmer la règle; elle la confirme au contraire.

Comme médicament, il est surtout employé par les vaïtians ou médecins natifs du pays de Tamoul, dans l'Inde, contre toutes les tumeurs scrotales, sans en préciser le diagnostic. C'est ainsi que le docteur Callas, traitant un jeune homme d'une orchite blennorrhagique, le trouva un jour pâle, couvert d'une sueur froide, dans un état syncopal des plus pénibles. Devinant qu'il avait appliqué des feuilles fraîches de tabac sur sa tumeur, il lui administra des boissons chaudes alcoolisées et opiacées qui dissipèrent bientôt ces accidents. Le même moyen réussit également chez un palefrenier, qui, affecté d'un hydrocèle, avait employé le même remède, sur le conseil d'un natif. Il fut subi-

tement pris de vomissements, diarrhée, sueurs froides, lipothymies, pouls misérable, et on le croyait atteint du choléra, lorsque M. Callas découvrit la source de tout ce mal (*Arch. de med. navale*). La connaissance de cet usage dans l'Inde n'est donc pas à dédaigner pour les médecins appelés à y pratiquer.

M. Delaurier l'a employé comme vomitif chez les chiens à la dose de 5 grammes de tabac à priser dans un verre d'eau ou de lait que l'on donne par tiers. En serait-il de même chez l'homme? En possession de vomitifs aussi certains et d'une parfaite innocuité comme ceux que nous possédons, il serait téméraire de tenter celui-ci.

Danger de la cessation brusque et radicale de fumer. L'influence profonde de l'habitude sur l'organisme se révèle surtout, par l'exemple suivant, rapporté par le *Bull. méd. du Dauphiné.* Un navigateur de vingt-trois ans, qui, depuis l'âge de sept ans, n'avait cessé d'avoir la pipe ou un cigare à la bouche, entre à la Grande-Chartreuse, en octobre 1864, pour y embrasser la vie claustrale. Suivant la règle du couvent, il dut cesser immédiatement et complétement son habitude favorite et enracinée.

Il en supporta néanmoins pendant les premiers jours assez bien la privation en prenant quelques prises de tabac en poudre; mais, au bout de quinze jours, il se plaignit de constipation, d'embarras gastrique et de quelques petits accès intermittents, que M. Pascal, médecin ordinaire de la maison, désigna sous le nom d'*épileptiformes*, puis de *crises spasmodiques intermittentes.*

Après les phénomènes d'anorexie, d'appétit capricieux, de douleurs hépatiques suivies de vomissements bilieux, le malade, tombé dans une grande faiblesse, était pris tout à coup d'immobilité, de résolution musculaire et d'une extrême pâleur. Le pouls, filiforme, ne battait que 35 ou 37 fois par minute. Cet état durait environ une heure avec conservation de l'intelligence. A l'auscultation, on entendait à peine les battements du cœur et le bruit respiratoire. Sous l'influence de l'élixir des Chartreux administré à l'intérieur et en frictions à l'épigastre, cette syncope incomplète se dissipait assez vite pour revenir bientôt, souvent plusieurs fois dans l'espace d'une journée.

Le 8 janvier, le docteur Martin (du Pont-Beauvoisin), témoin

d'une de ces crises, les qualifia d'*épileptiformes graves*, avec congestion intermittente du cerveau, et conseilla l'application d'un séton à la nuque, et la continuation du sulfate de quinine déjà prescrit par M. Pascal. Mais celui-ci, sachant que le docteur Jokin avait vu des accidents semblables se déclarer chez un fumeur qui avait voulu se corriger trop radicalement d'une habitude invétérée, vint en aide au jeune religieux. Avec l'autorisation du général, il lui donna de bon tabac et une pipe, et, chose singulière! au moment où le malade éprouvait déjà tous les symptômes d'une de ses crises, on vit les phénomènes nerveux se dissiper au fur et à mesure qu'il aspirait la fumée de tabac. Depuis lors, l'usage de la pipe a été continué, et il n'y a plus eu ni vomissements, ni crises; la santé s'est rétablie sans autre traitement, et le jeune moine diminue graduellement le nombre de pipes chaque jour, afin de pouvoir se conformer sans inconvénient aux règles de la communauté.

TÆNIA. Selon le docteur Bertolus, l'inhalation abondante d'éther, son absorption directe par le canal intestinal lorsqu'il est en capsules ou incorporé au sirop, détermine l'anesthésie des entozoaires, qui sont entraînés sans violence jusqu'au rectum, d'où un léger purgatif peut les chasser entiers et vivants. Quoique mon expérience ne repose encore que sur cinq cas chez l'homme, dit M. Lortet, ce qui a toujours réussi (même sur deux malades chez lesquels tout avait échoué), c'est l'ingestion, d'un seul coup, de 60 grammes d'éther, suivis, deux heures après, de 30 grammes d'huile de ricin. Chaque fois, le tænia a été rendu sans souffrances, entier ou presque entier, et toujours avec l'extrémité dite céphalique intacte. (*Soc. des sc. méd. de Lyon.*)

Bien que l'éther fût connu depuis longtemps comme un tænifuge, ce n'était ni à cette dose ni avec cette précision de son action qu'il était employé.

Sulfocyanure de mercure. Ce sel ayant été pris accidentellement à l'état solide, des symptômes d'empoisonnement se sont manifestés aussitôt (voy. EMPOISONNEMENT). Mais, dès le lendemain aussi, le malade rendit un tænia, jusque-là rebelle à tous les vermifuges. Il serait donc possible d'utiliser cette propriété tænicide de ce sel en l'administrant avec les précautions voulues. (*Union méd.*, n° 110.)

Semences de citrouilles. Deux nouveaux cas, recueillis par M. Desnos à Lariboisière et à Beaujon, témoignent de l'efficacité tænifuge de ce produit de la matière médicale indigène sans recourir à divers remèdes plus ou moins coûteux et exotiques : le kousso, l'écorce de racine de grenadier, etc. Là où le kousso échoue après avoir causé des coliques atroces, la citrouille réussit immédiatement comme dans l'un de ces cas. Il suffit d'administrer 40 grammes de graines de courge en émulsion, ou autrement, suivi d'un purgatif d'huile de ricin pour que le tænia soit rendu entier. (*Bull. de thérap.*, n° 8.) Cet anthelminthique est surtout précieux pour tuer les lombrics chez les enfants.

TAILLE. A mesure que l'on s'éloigne de l'invention de la lithotritie, qui, dans l'enthousiasme bien naturel qu'elle a excité, a été appliquée à tous les cas de pierre dans la vessie comme pour en connaître, en expérimenter la portée, la valeur, la taille reprend ses droits un instant méconnus, et les chirurgiens s'appliquent de plus en plus à en déterminer bien exactement les indications. M. Bonafos, médecin de l'hôpital civil de Perpignan, rapporte ainsi trois observations remarquables de taille latéralisée suivie de succès, qu'il fait suivre de très-savantes et érudites remarques anatomiques, avec planches, sur les rapports des tissus à diviser dans cette opération. On ne saurait écrire sur la taille sans consulter cet excellent article d'anatomie du périnée. (*Journ. de méd. de Toulouse*, janvier et février.)

TALC (*Silicate de magnésie et d'albumine*). Cette poudre propre et douce, réfractaire à une très-haute température, infermentescible, inoffensive et ne coûtant que 40 centimes le kilogramme, convient particulièrement, suivant le docteur Gouyon, comme absorbante sur les plaies. Voy. Brulures. Elle pénètre dans toutes leurs inégalités, adhère à leur surface, et peut être mêlée, suivant les indications, avec le chlorure de chaux, le tannin, l'alun, le soufre, le calomel, le sulfate de quinine, etc. Elle est aussi un excellent hémostatique. On l'applique avec une poudrière pour la répandre uniformément. (*Acad. des sc.*)

TANNIN. Il convient d'ajouter à son histoire, dit M. Dan-

necy, qu'il ne colore et ne précipite les solutions de proto-sels que si elles sont neutres. Par l'addition d'un acide, en effet, on rend parfaitement solubles le tannin et le fer, et l'on peut ainsi parfaitement obtenir des vins et des sirops de quinquina ferrugineux, contrairement à ce qui avait été avancé jusqu'à ce jour. Voy. PHARMACOLOGIE.

TARSALGIE. Sous ce nom, M. le professeur Gosselin désigne une variété du valgus douloureux survenant chez les adolescents de douze à treize et de dix-huit à dix-neuf ans soumis à des fatigues excessives, des marches forcées.

Elle a pour symptômes une douleur mal circonscrite sur les côtés de la région astragalo-calcanéenne, augmentant à la pression des doigts ; augmentant surtout par la continuation de la marche et de la station verticale ; devenant quelquefois assez forte à la fin de la journée pour obliger le sujet à se coucher de très-bonne heure ; disparaissant d'ailleurs par le repos de la nuit. Après un certain temps, survient une contraction spasmodique des muscles de la région antérieure et externe de la jambe, et consécutivement la déviation du pied en dehors. Les tendons de ces muscles font saillie sous la peau pour disparaître par le repos dans les premiers temps, et reparaître ensuite par les mêmes causes de fatigue, avec la douleur et la claudication. Avec la contracture coïncide la perte graduellement progressive des mouvements de latéralité du pied.

Au lieu d'en rapporter uniformément la cause à la contracture volontaire, réflexe ou instinctive des péroniers latéraux, comme M. J. Guérin, ni à la paralysie de ce muscle invoquée par M. Duchenne (de Boulogne), non plus qu'au pied-plat, suivant M. Bouvier, — 17 cas sur 20 n'étant pas pieds-plats, d'après l'observation de l'auteur, — M. Gosselin l'attribue à l'inflammation des surfaces articulaires comme dans l'arthrite sèche, se fondant à cet égard sur la douleur qui précède la difformité et sa disparition par le repos aussi bien que de la contracture.

Déjà, dans une note insérée dans la *Gazette des hôpitaux* (1861, p. 228), il avait émis cette opinion que le mal avait son siége et son point de départ dans les articulations du tarse, probablement dans celle de l'astragale et du calcanéum. L'autopsie d'une fille de dix-neuf ans, atteinte de tarsalgie gauche depuis trois ans et morte du choléra a pleinement confirmé

cette opinion. Rien dans les muscles antérieurs et externes ne les différenciait du côté droit, sinon leur saillie et un raccourcissement de 1 à 2 centimètres du jambier antérieur et de l'extenseur commun, résultat de la contraction permanente.

Au contraire, les pièces anatomiques de l'articulation soumises à l'Académie présentaient les lésions suivantes :

Destruction du cartilage diarthrodial à la partie antérieure de la poulie astragalienne, dans une étendue transversale égale à celle de cette poulie et 3 à 4 millimètres d'avant en arrière.

Sur les bords de cette destruction ulcérative, le cartilage était aminci. Il n'y avait pas de synovie épanchée. La synoviale n'était pas épaissie, et elle n'offrait de vascularisation que sur un point assez limité, à la partie postérieure de l'articulation.

Dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne, sécheresse très-notable des surfaces articulaires ; sur la tête de l'astragale, large ulcération du cartilage, analogue à la précédente, oblique de bas en haut et de dehors en dedans, et ayant 4 à 5 millimètres de hauteur. Au-dessus et au-dessous, le cartilage offre un bord très-mince et semble aminci au delà sur toute l'étendue de la tête astragalienne, permettant de voir un peu par transparence l'os sous-jacent. Il donne à l'œil une teinte légèrement violacée au lieu de celle blanc mat de l'état normal. Le fond de l'ulcération est formé par la surface osseuse mise à nu et un peu rouge, sans trace bien évidente de la lamelle compacte sous-cartilagineuse qui semble avoir disparu, au moins en partie.

L'astragale scié montre une rougeur notable du tissu spongieux de 5 ou 6 millimètres de profondeur, surface supérieure et antérieure. En aucun point on ne voyait l'état graisseux du tissu spongieux. Rien de particulier sur le scaphoïde, si ce n'est une apparence d'amincissement du cartilage ; aucune lésion de la synoviale ni des ligaments.

Une destruction semblable, mais un peu moins étendue en hauteur du cartilage diarthrodial, à la partie inférieure de la facette antérieure du calcanéum ; un peu de sécheresse sur les deux surfaces articulaires.

Enfin, dans l'articulation calcanéo-astragalienne, une injection et une rougeur assez prononcée de la synoviale autour du ligament interosseux, et une légère ulcération du cartilage diarthrodial sur la facette antérieure du calcanéum.

Telles étaient les lésions observées sur le pied gauche, le

seul qui, pendant la vie, avait présenté des phénomènes morbides, mais il existait aussi sur la tête de l'astragale du côté droit, un commencement d'ulcération analogue du cartilage, placé exactement sur la même ligne oblique. A l'œil nu, on voyait bien une perte de substance n'allant pas jusqu'à l'os, et de petites saillies irrégulières caractéristiques de l'altération velvétique.

A la loupe, cette destruction était plus prononcée, et, au microscope, il y avait un agrandissement considérable des capsules cartilagineuses, avec augmentation du nombre (prolifération) des cellules contenues dans ces cartilages. C'était le début d'une altération analogue à celle du pied gauche.

D'où les conclusions suivantes : I. Le valgus douloureux est une variété d'arthrite sèche, se caractérisant surtout par une légère ostéite et une ulcération des cartilages diarthrodiaux sur l'astragale et le calcanéum ; la contraction musculaire est consécutive à l'ostéo-arthrite, et semble avoir pour but d'immobiliser les articulations douloureuses ; sans qu'il soit possible de dire exactement pourquoi ce sont plutôt les muscles animés par le poplité externe que ceux animés par le poplité interne qui subissent cette influence.

II. Le traitement est celui de la plupart des arthrites douloureuses : immobilité dans une bonne position sans que la ténotomie soit utile dans la plupart des cas. (*Acad. de méd.*, octobre et novembre.)

Tout en approuvant cette étiologie, M. Delore veut conserver le nom primitif de valgus douloureux dont il rapporte cinq exemples pour montrer que, dans la plupart des cas, la ténotomie est avantageusement employée pour le redressement du pied et son immobilité dans un appareil inamovible ou la marche modérée dans une bottine spéciale. (*Gaz. des hôp.*, n° 135.)

TEMPÉRATURE ANIMALE. Voy. Physiologie.

TESTICULE. Dans le but de faire l'histoire complète du liquide séminal sur les cadavres, et savoir à quel âge commence l'apparition des zoospermes et s'ils persistent jusqu'à la vieillesse la plus avancée, le professeur Mantegazza, de Pavie, et son adjoint, le docteur Bozzi, ont examiné les testicules de 400 sujets de tout âge, dont ils donnent l'observation résumée. En voici les résultats :

Poids. Sur 60 sujets de vingt à soixante ans, dont le testicule était bien conformé, son poids moyen, établi d'après la méthode de M. Sappey, a été :

A droite de.	18 gr,975
A gauche de	18 gr,364

Chiffre bien au-dessous de celui trouvé par cet anatomiste dans 15 cas, dont la moyenne était de 21 grammes. Résultat contradictoire aussi avec cette croyance, que le testicule gauche descendant plus bas que le droit est plus pesant, et qui la détruit complétement.

Kystes. Cette production pathologique a été rencontrée 26 fois sur 100 : 9 fois sessile, 9 fois pédiculisée et 8 fois variant entre ces deux états. Leur volume variait entre celui d'un grain de millet et celui d'une petite noisette. Fréquence plus grande qu'on ne l'avait dit jusqu'ici.

Concrétions. Rencontrées 12 fois, leur volume variait entre celui d'une tête d'épingle et celui d'un petit pois. Le plus souvent multiples et jusqu'à 10 dans un cas. Par la couleur, la forme et la consistance, elles ressemblent à un petit calcul trouvé par M. Mantegazza dans le pavillon de la trompe de Fallope.

Zoospermes. Constamment absents dans 10 cas avant dix-huit ans. De là à soixante-dix, ils existaient dans 78 cas : 69 fois des deux-côtés, 9 fois d'un seul sans que l'âge avancé parût exercer aucune influence à cet égard, selon la remarque générale. (*Ann. univ. di medicina*, octobre.)

THÉRAPEUTIQUE. **Purgatifs et vomitifs.** Toute cause propre à faire diminuer les phénomènes de combustion sanguine dans une certaine proportion pourrait produire, selon M. Robin, la purgation et le vomissement. C'est ainsi que les antiputrides, faibles ou actifs, qu'ils se combinent ou non avec les matières animales, les déterminent ; que toute cause asphyxiante directe ou diminuant l'oxygène y donne également lieu ainsi que la frayeur, les angoisses vives. D'où il conclut que ce n'est pas par une action locale sur l'intestin qu'ils se produisent, mais par une action générale. S'ils peuvent ainsi résulter du ralentissement de la combustion organique, il sera désormais

possible de déterminer les agents et les influences qui les produisent. Bien plus, on pourrait admettre rationnellement, en remontant de l'effet à la cause, que les maladies comme le choléra, la fièvre jaune, dont le vomissement et la diarrhée sont les symptômes prédominants, sont dues à la modification organique résultant précisément du défaut de combustion sanguine. (*Acad. des sciences*, juillet.)

On ne sait qu'admirer le plus ici du pouvoir d'analyse, d'observation positive ou de celui de généralisation qui caractérise l'esprit du savant professeur. Mais il semble que l'action vomitive et purgative peut s'opérer différemment, suivant les agents qui la produisent, sans être rattachée exclusivement au même mécanisme organique, quand le mécanisme physique diffère tant. Quelles différences n'observe-t-on pas, en effet, dans les contractions entre le vomissement spontané et le vomissement provoqué par un vomitif ou des poisons?

Quoi qu'il en soit, quand cette combustion est trop active, comme dans le diabète, le café, selon M. Ed. Robin, en serait un modérateur bienfaisant. Il se combine avec les matières protéiques circulant dans l'organisme et les empêche d'être brûlées.

Méthode sédative épidermique. Voy. Douleurs.

Hydrogène sulfuré. Ses propriétés toxiques, telles qu'elles résultent de l'observation usuelle, ont été confirmées directement par M. Demarquay, au moyen d'expériences sur les animaux. En en injectant de 10 à 50 centilitres dans le tissu cellulaire des lapins, il a vu les accidents légers se dissiper promptement à la première dose, comme M. Cl. Bernard l'avait constaté en l'injectant dans les veines; mais la mort arrivait invariablement en deux ou trois minutes, avec des phénomènes convulsifs dès que cette dose était dépassée, sans que sa rapidité fût en rapport exact avec la quantité injectée. Par une intoxication lente, il s'est produit des symptômes manifestes d'infection toxique, témoignant d'une altération grave du sang, ce qui vient à l'appui de l'idée de Bonnet, de Lyon, sur l'influence nocive de la résorption de l'hydrogène sulfuré du pus et d'autres liquides des plaies. D'où le danger pour l'homme de se soumettre aux émanations de ce gaz délétère.

L'élimination par les poumons en est encore plus rapide : vingt-cinq secondes après l'injection, quelle que soit la quantité injectée, elle se manifeste par la coloration noirâtre que prend à

ce moment le papier à l'acétate de plomb, placé devant le museau de l'animal. Par l'ouverture, aussitôt la mort effectuée, on constate une turgescence inflammatoire très-nette et caractérisée de la membrane muqueuse laryngée, trachéale et bronchique, ce qui montre que cet agent s'élimine avec tous ses caractères toxiques. Mais c'est l'unique trace qu'il laisse dans l'économie. Il est impossible d'en constater la présence avec le papier réactif dans aucun autre organe, pas même ceux qui ont été le plus directement en contact avec ce gaz. Bien qu'il se mêle incontestablement au sang, puisque l'élimination a lieu, on ne l'y retrouve pas davantage et, au microscope, ses globules ne présentent aucune altération.

Si plus d'un mystère reste à pénétrer sur ces phénomènes curieux, intéressants, la lésion anatomo-pathologique spéciale, unique, isolée de l'hydrogène sulfuré, tend, au contraire, à expliquer l'action spéciale des eaux sulfureuses sur l'appareil broncho-pulmonaire. Il est probable que c'est à ce mode d'élimination de l'hydrogène sulfuré que leur action est due, et qu'il se passe là un phénomène de substitution qui rend compte de la guérison. Les accidents inflammatoires plus ou moins aigüs, congestifs ou hémorrhagiques, qui se présentent dans certains cas, avant d'arriver à la guérison, s'expliquent de même et confirment cette action locale. Il est donc de nature à appeler l'attention du médecin hydrologue. (*Union méd.*, n° 6.)

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et un *Formulaire spécial pour chaque maladie*, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants malades, et Armand Després, chirurgien des hôpitaux. Première partie, avec 280 figures dans le texte. *Germer Baillière.*

Véritable encyclopédie des connaissances thérapeutiques actuelles sur toutes les branches de l'art, cet ouvrage considérable sera recherché surtout par les praticiens dont les ressources thérapeutiques et pharmacologiques ont tant besoin d'être nombreuses et variées, et auxquels il offre un précis de toutes les connaissances à cet égard. Il sera pour eux un compendium à consulter journellement sur tous les sujets, et leur offrira des

indications précieuses sur tous les mots nouveaux. Une introduction de M. le docteur Bouchut : *Sur la thérapeutique au* XIXe *siècle*, forme le portique brillant de ce nouveau temple aux tables de pierre, où sont inscrites toutes les observations de la science et de l'art de guérir.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un mémorial thérapeutique, de notions sur l'emploi des contre-poisons, et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, par M. le professeur A. Bouchardat, vice-président de l'Académie impériale de médecine, etc., etc., treizième édition, corrigée, augmentée de formules nouvelles, 1 vol. in-18 de 600 pages. *Germer Baillière.*

Tout en s'enrichissant, en s'enflant sans cesse, le prix de cet ouvrage est resté le même : 3 fr. 50 c. ! Aussi son succès va-t-il grandissant à chaque édition nouvelle. Son utilité est si bien démontrée, dès qu'on le connaît, que chaque lecteur veut en posséder les éditions successives.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1865, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1864 et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur l'exercice forcé dans le traitement de la glycosurie, par M. le professeur A. Bouchardat, 25e année. 1 vol. in-32 de 340 pages. *Germer Bailière.*

Manuel de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie, par M. le professeur Bouchardat, vice-président de l'Académie de médecine. 2e volume de 962 pages, qui complète l'ouvrage. 2e édition. *Germer Baillière.*

Essais d'hygiène et de thérapeutique militaires, présentés à la commission sanitaire des États-Unis, annotés et publiés en français, par Thomas W. Evans, auteur de la *Commission sanitaire des États-Unis, son origine, son organisation et ses résultats*, etc. Un beau volume in-8° de VIII-588 pages.

Histoire naturelle et médicale des médicaments introduits dans la thérapeutique depuis 1830 jusqu'à nos jours, par Victor Guibert, docteur ès sciences naturelles, ouvrage couronné (médaille d'or) par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 2e édition, revue et augmentée. Un fort vol. in-8.

A manual of practical therapeutics, par Waring, chirurgien anglais de l'armée de l'Inde. Un volume in-8° de 956 pages. Londres.

C'est la seconde édition revue et complétée du *Manuel de thérapeutique pratique*, paru il y a sept ans. Tous les agents de la matière médicale y sont énumérés par ordre alphabétique avec leurs propriétés physiques, médicinales et autres, leurs préparations, leurs doses; ouvrage analogue à celui du professeur Bouchardat en français.

A Manual of materia medica and therapeutics (Manuel de matière médicale et de thérapeutique), comprenant les préparations du nouveau Codex anglais, par Royle et Headland. 776 pages in-8°. 4e édition.

Manual of the medicinal preparations of iron (Manuel des préparations ferrugineuses médicinales, avec leur action chimique et physiologique, et leur emploi thérapeutique), par Draper. 131 pages in-8°.

Œuvre d'un chimiste plutôt que d'un médecin, contenant la description des quarante à cinquante principales préparations de fer.

THERMOGRAPHIE. Nouvel appareil enregistreur des températures, inventé par le docteur Marey, à l'instar de ce qu'il a déjà fait pour les battements du cœur, les pulsations des artères, la vitesse du courant sanguin, l'état de la pression, les contractions musculaires. Evitant les difficultés d'application des thermomètres ordinaires et les inconvénients qu'ils présentent dans la pratique journalière, il a séparé l'instrument en deux parties, qui peuvent être, au besoin, placées l'une loin de l'autre. L'une, appareil thermométrique proprement dit, s'applique sur les surfaces ou s'introduit dans les cavités dont on veut explorer la température; l'autre, appareil récepteur qui fournit les indications, se place en pleine lumière et à l'abri des mouvements du sujet en expérience. On en trouve la description et la gravure dans le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, mars.

THORACOCENTÈSE. *Nouvelle méthode*. M. Piorry appelle de ce nom une simple modification apportée pour l'écoulement du liquide, et prévenir l'introduction de l'air. Il avait

d'abord eu l'intention de pratiquer la ponction sous l'eau en plongeant le malade dans un grand bain sans tenir compte ni des difficultés ni des dangers qu'il pouvait y avoir à agir ainsi. Sur l'observation de M. Lafond qu'une longue sonde en caoutchouc, souple, adaptée à la canule et plongée par son autre extrémité dans une bassine pleine d'eau, remplirait le même but, cette modification fut exécutée dans un cas d'empyème avec fistule pulmonaire.

Après une moucheture faite à la peau, M. Proust, chef de clinique, ponctionna le thorax. Le robinet fermé aussitôt la sortie du trois-quarts, la sonde en caoutchouc fut exactement adaptée à la canule sans que la moindre quantité d'air pût communiquer entre elles. La sonde, longue de 50 centimètres, fut recourbée à son extrémité et plongée dans le fond d'une bassine contenant plusieurs litres d'eau tiède, dont la transparence permettait de voir ce qui se passait dans le vase.

Après *avoir recommandé au malade de faire un effort expirateur*, le robinet de la canule *fut ouvert*, et après l'expulsion de quelques bulles d'air contenues dans la sonde, le jet d'un liquide purulent et séreux s'échappa avec violence, et se répandit au fond de la bassine.

Avant que l'inspiration s'exécutât, le robinet fut fermé, puis, comme dans la précédente opération, *on fit respirer l'opéré plusieurs fois de suite pour favoriser l'oxémisme.*

Un nouvel effort d'expiration étant prescrit, le robinet fut ouvert, et la proportion du pus qui s'écoula très-abondante. Puis le robinet fut fermé de nouveau, et la respiration provoquée.

Renouvelant ainsi ces manœuvres à vingt reprises, plus de *deux litres de pus furent évacués*, sans que la plus petite portion possible d'air eût pénétré dans le thorax; mais il en sortit plus d'un litre, qui *fut recueilli sous l'eau au moyen d'une cloche.*

Pour introduire de l'eau dans la plèvre, et évacuer par le lavage le pus qui pouvait y rester, l'extrémité de la sonde fut placée dans une nouvelle bassine remplie d'eau tiède. Le robinet ouvert, on fit *exécuter au malade plusieurs grandes inspirations*, et une notable proportion d'eau pénétra ainsi dans la plèvre, et sortit ensuite par une expiration forcée; le liquide qui s'écoula contenait encore d'abondantes proportions de pus. On fit ensuite pénétrer de la même manière, de la teinture d'iode étendue de deux tiers d'eau dans la plèvre, au lieu de l'y injecter avec une seringue, comme on l'a fait jusqu'ici. Néanmoins, le

malade succomba peu de temps après. (*Acad. de méd.*, mars.)

Prévenir l'entrée de l'air dans la plèvre, que la baudruche de Reybard, la seringue aspiratrice de M. Guérin préviennent aussi sûrement, paraît être le seul avantage de cette modification opératoire. Reste à savoir si l'exécution en est aussi simple, aussi facile que le dit l'auteur qui ne l'a employée que dans ce seul cas. Des essais paraissent déjà avoir répondu négativement. On a dit aussi que le liquide pleural s'écoulait mal ou ne s'écoulait pas. C'est à l'expérience de prononcer.

Innocuité de l'air. Si les expériences de Spallanzani et de Bichat prouvent le danger de l'air extérieur sur la respiration, dit M. Bouley, ce n'est qu'à la condition que son effet de pression extérieure contrebalance la pression intérieure. Introduit en petite quantité à la fois dans les cavités closes comme cela a lieu chez les animaux dans la castration ou la thoracocentèse du cheval, il est sans résultats dangereux, car il se décompose facilement ; l'oxygène est absorbé par les tissus, comme de nombreuses expériences faites dans un but thérapeutique, notamment celles de MM. Leconte et Demarquay le démontrent, et il ne reste plus qu'un mélange d'azote et d'acide carbonique, sans action sur les matières organiques et ne pouvant les faire entrer en fermentation. C'est ainsi que dans l'emphysème sous-cutané du cheval, par suite de plaie extérieure, le tissu cellulaire reste indemne au contact de cet air extérieur renouvelé en petite quantité. C'est donc à tort que M. Guérin a dit que dans la thoracocentèse, l'air, entré en petite quantité, non renouvelé, confiné, échauffé, était surtout dangereux par les combinaisons morbides qu'il entraîne, tandis qu'il l'était moins quand il entrait largement dans la plèvre et se renouvelait de même. C'est absolument le contraire qui a lieu.

Comme M. Bouley et la plupart des praticiens, M. Barth préfère l'emploi de la baudruche de Reybard à celui de la canule. Il en a étendu l'usage à l'injection elle-même. Une fois adaptée à la canule, il suffit de la relever, de la remplir du liquide à injecter et en se servant de l'intestin préparé d'un animal, on a la hauteur voulue de la colonne liquide. Avec cet appareil simple, le robinet de la canule peut même être supprimé ; le pouce, appliqué sur le pavillon de la canule muni de baudruche, en fait l'office. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Il est impossible, suivant M. Gosselin, de déterminer l'action

de l'air sur la plèvre, car il ne s'en introduit que peu ou point par la ponction et il est difficile de fixer son rôle dans l'inflammation suppurative qui s'ensuit par l'incision. Il a pénétré maintes fois sans accident consécutif, tandis qu'on a vu des accidents se développer en dehors de cette cause. On ne voit donc que de légers inconvénients sans dangers réels à cette pénétration, et s'il est bon d'éviter cette introduction par tous les moyens que chacun connaît et emploie, il n'importe pas moins de rassurer les praticiens qui, ne les ayant pas sous la main, pourraient, le cas échéant, être détournés de pratiquer une opération nécessaire de thoracocentèse pour remédier à un épanchement séreux, par la crainte de dangers chimériques de la pénétration de l'air dans la plèvre.

Tout en étant d'une opinion diamétralement opposée, M. Poggiale rappelle que ce n'est pas par son pouvoir oxydant, c'est-à-dire l'oxygène qu'il contient, que l'air est nuisible, comme M. Bouley et la plupart des médecins paraissent encore le croire suivant la doctrine ancienne de Gay-Lussac, mais bien par les germes qu'il contient, et qui ont seuls une action sur les liquides organiques pour les faire entrer en fermentation. Il signale les expériences concluantes qui ont été faites à cet égard avec de l'air chauffé à 300 degrés et introduit dans des ballons contenant des liquides fermentescibles. D'où il conclut que la moindre bulle d'air contenue dans la canule ou même dans le liquide injecté suffit à introduire des germes malfaisants dans la plèvre et qu'ainsi l'air confiné est plus dangereux que l'air renouvelé pour faire entrer les liquides en fermentation.

Mais ce rôle de l'air, suivant la récente doctrine panspermiste de M. Pasteur, est énergiquement repoussée par MM. Bouley et Gosselin appliquée à la thoracentèse. Les liquides séreux, vivants, résorbables, sont tout différents, dit ce dernier, des liquides organiques, morts, déposés et renfermés dans des ballons. Leur décomposition peut-elle se faire dans la poitrine comme dans des vases inertes? et puis son introduction n'a lieu qu'après l'évacuation de la sérosité.

Si l'on ponctionne un kyste, ajoute M. Bouley à l'appui de sa doctrine précitée, et qu'il s'introduise de l'air, la cavité ne suppure pas si le kyste est bien refermé; c'est le contraire si l'air se renouvelle. Si on laisse entrer un peu d'air chez le cheval en injectant une solution d'acide oxalique, les plèvres sécrètent une grande quantité de liquide, et si l'air ne se renou-

velle, il n'y a pas eu fermentation à la ponction suivante. Cela prouve bien que dans le thorax d'un animal, les choses ne se passent pas comme dans un ballon à expériences.

Aussi M. Gosselin conclut-il que dans les cas où les ponctions sont insuffisantes, il convient d'ouvrir la poitrine avec le bistouri pour donner une issue facile au pus en maintenant l'ouverture malgré le danger de l'introduction de l'air que l'on amoindrit par des lavages. Ce danger de l'introduction de l'air ne doit pas faire négliger cette ressource ultime dans la pleurésie purulente.

L'exemple suivant est une nouvelle démonstration de la justesse de ces raisonnements sur l'innocuité de l'air dans la plèvre que l'on s'obstine à nier bien plutôt en vertu de la théorie que de la pratique.

Un homme de cinquante-quatre ans, gardien de constructions, fut un soir du mois de février dernier menacé de la chute d'une lourde poutre, et fit pour l'éviter un si violent effort, qu'il tomba tout à coup frappé de suffocation. Il se releva toutefois, mais tout travail lui devint impossible, et l'application d'un vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine n'ayant qu'un peu diminué la dyspnée, cet homme entra à l'hôpital de la Pitié, service de M. Bernutz, suppléé par M. Desnos.

On constata d'abord un pneumothorax ; puis, le 17 mars, aux signes de l'épanchement d'air s'ajoutèrent ceux d'un épanchement de liquide dans la plèvre gauche. En même temps, l'état général s'aggravait ; on redoutait l'asphyxie, la suffocation, une syncope mortelle. Le 24 mars, ponction dans le sixième espace intercostal, au-dessous de la région axillaire, par le procédé de Roybard. 5 litres de liquide purulent inodore s'échappent par la canule avec des bulles de gaz ; le malade est soulagé, mais le pus se reproduit. Le 29, nouvelle ponction donnant issue à des gaz et à 3 litres de pus non moins louable que le premier. Une sonde en gomme élastique est maintenue à demeure dans la plèvre, on pratique quelques injections iodées, tout va bien ; mais voilà qu'en allant à la garderobe le malade s'aperçoit qu'il n'a plus sa sonde ; celle-ci était tombée dans la cavité pleurale.

Que faire dans ce cas ? M. Desnos appelle à son aide M. Richet, qui, très-habilement, transforme l'ouverture faite par le trocart en boutonnière, pénètre dans la cavité et en retire la sonde avec des pinces à spéculum. M. Richet propose en outre,

pour favoriser l'écoulement des liquides, une seconde ouverture de la poitrine, assez large, faite plus en arrière et dans une partie plus déclive. M. Desnos, qui n'avait pas à redouter le contact de l'air avec la plèvre, et ne voyait dans cette opération qu'une chance favorable pour le malade, adopta cet avis avec empressement. On passa dans la plèvre l'anse d'un drain dont les bouts sortaient par la double ouverture et étaient fixés dans une baudruche qui recevait le pus. L'opération, grave en apparence, ne fut suivie d'aucun accident. A partir de ce moment, le malade alla de mieux en mieux, l'écoulement de pus diminua de jour en jour. Une vessie de caoutchouc dans laquelle pénétraient les bouts du drain fut fixée sur les côtés de la poitrine, et cet homme dont les forces soutenues par une alimentation abondante, par l'usage du vin, se réparaient promptement, put sortir et prendre un peu d'exercice. Le 28 juin, l'opéré descendait au jardin et pouvait être considéré comme guéri. (*Soc. des hôp. de Paris.*)

Thoracocentèse chez les enfants. Des 31 cas colligés par M. Guinier (de Montpellier), dans les différents auteurs, il résulte que cette opération a été pratiquée 16 fois entre six et huit ans, 7 fois au-dessous et 8 fois au-dessus, l'âge de quatorze ans étant pris pour limite extrême, et 4 fois plus souvent sur des garçons que sur des filles. Elle a été faite 6 fois plus du côté gauche que du côté droit, et a donné également 6 fois plus de succès que d'insuccès. L'auteur l'a pratiquée une fois avec succès sur un enfant à la mamelle.

Dans aucun de ces 31 cas l'opération n'a paru nuisible, et elle ne peut être accusée d'avoir contribué en quoi que ce soit à la mort chez les cinq individus qui ont succombé. Dans les 26 cas de guérison, tout autorise à conclure que l'opération a empêché la mort des malades. Aussi, dit l'auteur, lorsque chez un jeune enfant un épanchement pleurétique aigu ne présente après quelques jours aucune tendance à la résolution, il doit être immédiatement ponctionné si l'on veut éviter la présence du pus dans la plèvre.

Le lieu d'élection de la ponction et le manuel opératoire sont les mêmes chez les enfants que chez les adultes. (*Acad. de méd.*, 18 avril.)

Remarques sur le diagnostic des épanchements pleurétiques et les indications de la thoracocentèse chez les enfants, par le doc-

teur Verliac, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-8 de 116 pages.

Excellente étude faite sous les yeux de M. Barthez, et abondamment nourrie de faits recueillis dans son service appuyant toutes les propositions émises par l'auteur. Des exemples de difficultés de diagnostic, d'erreur même vérifiés par l'autopsie et les résultats obtenus dans 19 cas de thoracocentèse, suivant la nature de l'épanchement, en font une thèse hors ligne, originale, qui mérite d'être conservée et de prendre rang dans la bibliothèque du praticien pour la consulter au besoin.

TOXICOLOGIE. *Inée* ou *onage*, nouveau poison du cœur. D'après les dernières recherches sur les poisons du cœur, on ne connaissait comme capables d'agir sur cet organe que l'*Antiaris toxicaria*, *Tanghinia venenifera*, *digitale pourprée* et les *hellébores noir et vert*, le dernier surtout.

On comprend sous le nom de *poison du cœur* une substance qui le paralyse dans ses éléments nerveux et toujours en *première ligne*, de manière que la grenouille empoisonnée (sur laquelle ces observations se font le plus facilement) conserve encore la faculté de tous ses mouvements ; elle saute même, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps, par suite du manque de circulation, que la mort survient. On remarque alors que le poison a exercé aussi son action sur tout le système musculaire, en déprimant plus ou moins considérablement son irritabilité.

La découverte du nouveau poison est due au hasard. En visitant l'exposition des colonies françaises, au palais de l'Industrie, M. E. Pelikan fut assez heureux, dans l'intérêt de ses études, pour obtenir du directeur des échantillons de graines ou semences dont se servent les *pahouins* (chasseurs d'éléphants) pour empoisonner leurs petites flèches de bambou dont l'envoi est dû à M. Griffon du Bellay, chirurgien de première classe de la marine. Ces semences sont celles de l'*Inée* ou *Onage*, apocynée appartenant, selon certaine probabilité, à la tribu des *Échites*. C'est une petite graine noire et allongée, que les indigènes écrasent pour en extraire un suc dans lequel ils plongent les flèches préalablement enduites de cire. » (*Rivière du Gabon et ses maladies*, thèse soutenue à Montpellier, le 8 mars 1864, p. 10.)

Un extrait alcoolique aqueux, préparé par M. Ch. Torchon, avec deux parties d'alcool sur une partie d'eau, a donné des résultats ne différant en rien de ceux des poisons ci-dessus. Son

action semblerait dépasser encore celle de plusieurs des derniers, tant sous le rapport de l'énergie que sous celui de la vitesse, le cœur s'arrêtant complétement trois ou quatre minutes après son application sous-cutanée, sur un des membres postérieurs de la grenouille. M. Vulpian, prié de contrôler ce résultat, l'a complétement confirmé. (*Acad. des sc.*, juin.)

Sels d'argent. Par de nouvelles expériences sur les chiens, avec l'albuminate, le phosphate et l'hyposulfite d'argent en injections, M. le docteur B. Ball a observé un phénomène constant qui se produit parallèlement avec l'asphyxie et non signalé par les précédents expérimentateurs : c'est la paralysie du train postérieur, indiquée par l'affaiblissement rapide des pattes de derrière qui sont bientôt incapables de supporter le poids du corps ; l'animal se traîne alors avec celles de devant. La sensibilité paraît en même temps fort diminuée, sinon abolie ; on marche sur les pattes ou sur la queue sans qu'il se manifeste aucune douleur. Bientôt, l'asphyxie faisant des progrès rapides, l'animal tombe sur le côté, rend des torrents de mucus par la bouche, éprouve quelques secousses convulsives et meurt.

Si donc l'hypersécrétion bronchique est la cause directe de la mort, l'action sur le système nerveux n'est pas moins évidente. (*Soc. de biologie.*)

TRACHÉOTOMIE. *Nécessité de la pince dilatatrice.* A l'occasion d'un fait rapporté par M. Sacré, où il suffit d'écarter avec l'ongle les lèvres de la division trachéale, pour y placer facilement la canule à un moment où l'enfant asphyxiait, et où le moindre retard pouvait être fatal, M. L. Marcq montre qu'il n'en faut pas inférer l'inutilité de la pince dilatatrice dans tous les cas. Exemple : après la trachéotomie chez un enfant de six ans, dont le fond de la gorge était tapissé, encroûté d'une couenne épaisse et résistante, la respiration reste aussi empêchée après l'introduction d'une canule à embout perforé. On la déplace légèrement en la retirant, en l'enfonçant un peu sans résultat. Dans la pensée que l'obstacle tient à des fausses membranes, on écouvillonne avec une plume d'oie, rien : avec une solution argentique : rien encore. On instille quelques gouttes d'eau qui provoquent la toux sans amélioration. Mais on s'aperçoit que l'expiration est surtout difficile et marquée par une espèce de claquement de soupape sourd. On pense dès lors à une

fausse membrane. Mais comment l'enlever et remplacer la canule? Personne n'avait de pince dilatatrice. Il devenait cependant urgent d'agir. Heureusement l'un des aides se trouva avoir sur lui un *speculum auris*, qui fut introduit à la place de la canule, et bientôt, par un effort de toux, une fausse membrane fit saillie entre ses valves comme un long ruban de couleur blanchâtre. Elle mesurait 85 millimètres de long, 28 de circonférence et 9 de diamètre, avec plus d'un millimètre d'épaisseur. La canule n'ayant que 19 millimètres de circonférence et 6 de diamètre, n'eut donc pu lui donner passage. Il suffit de la retirer pour voir cesser tous les accidents. De là la nécessité, en pareil cas, d'avoir toujours une pince dilatatrice. (*Presse méd. belge*, nº 25.)

Quatre causes, selon M. Smith, peuvent s'opposer au rétablissement de la respiration après la trachéotomie, malgré l'application normale de la canule: 1° accumulation de granulations dans la trachée, au-dessus de l'incision ; 2° oblitération du larynx par l'adhésion des bords de la glotte ; 3° trouble ou paralysie des muscles laryngiens; 4° collapsus de la trachée par suite de la nécrose de ses cartilages. La troisième lui paraît plus fréquente, soit qu'elle résulte du défaut d'action de ces muscles, ou d'une irritabilité réflexe produite par le contact de la canule. Pour obvier à ces causes et même les distinguer, il propose d'introduire par la canule un instrument dont il omet la description permettant l'accès de l'air, mais dirigeant tout l'air expiré à travers le larynx. La voix est ainsi permise et l'on s'assure si le tube laryngien est perméable et libre de fausses membranes ou de mucus. C'est en outre un moyen préliminaire pour essayer l'enlèvement de la canule qui habitue la glotte au contact de l'air et diminue son irritabilité (*Roy. med. and chir. Society*). A en juger d'après ce raisonnement, ce sont bien plutôt des propositions théoriques ou de simples vues de l'esprit que le résultat d'expériences qui ont dicté cette communication.

M. Chenantais (de Nantes) dit n'avoir eu que 5 succès sur 31 opérations. Il y a loin de cette proportion avec celles d'autres statistiques postérieures et notamment les résultats obtenus à l'hôpital des Enfants et en Portugal.

TRICHINOSE. La similitude symptomatologique de cette singulière affection nouvellement étudiée en Allemagne, avec

l'acrodynie, a fait présumer l'identité de ces deux maladies, par M. Le Roy de Méricourt. Voy. ACRODYNIE.

Une nouvelle manifestation comme épidémique a éclaté à Hedersleben au mois d'octobre. Les vomissements et la diarrhée initiale firent croire à une invasion du choléra. Mais les douleurs musculaires *sui generis* rectifièrent ce diagnostic. Il est remarquable que de cent enfants atteints, aucun n'est mort. Une prophylaxie certaine de se mettre à l'abri de cet empoisonnement, c'est de ne manger la viande de porc que très-cuite uniformément.

De la trichine et de la trichinose par M. Rodet, thèse inaugurale ayant obtenu une mention honorable au concours annuel de la Faculté de médecine de Paris.

TUMEURS. Tumeurs de la protubérance annulaire. L'obscurité qui règne encore sur la symptomatologie et le diagnostic différentiel de cette partie de l'encéphale a conduit M. Ladame, chirurgien adjoint de l'hôpital Pourtalès à Neufchâtel, à extraire de son ouvrage sur les tumeurs cérébrales (*Symptomatologie und diagnostik der Hirngeschwülste*, Wurzburg) ce qui a trait à celles de la protubérance annulaire en particulier. En voici le résumé :

Symptomatologie. Sur 26 cas, la céphalalgie a été notée 16 fois sans offrir rien de caractéristique. Elle est le plus souvent générale, profonde, 6 fois seulement elle occupe l'occiput, ce qui peut mettre sur la trace du mal.

11 fois il existait d'autres troubles de la sensibilité ; c'est donc là un symptôme important. Ceux de la motilité le sont bien davantage par leur constance. Ils ne manquèrent que dans un seul cas. La forme paralytique leur est spéciale. Celle du facial existait 11 fois du côté de la tumeur ; une hémiplégie complète ou incomplète du côté opposé.

12 fois, paralysie alterne, dont l'importance séméiologique a surtout été démontrée par M. Gubler. Les convulsions simples ou épileptiformes apparaissent quelquefois se rattacher à des complications et excluent même un tel siége quand elles sont très-prononcées.

20 fois il existait des troubles des sens isolés ou combinés, le plus souvent du côté de la vue, strabisme, amaurose, diplopie, etc., l'ouïe était atteinte 9 fois ; le goût, 6 fois ; l'odorat,

4 fois. Dans 8 cas il y avait aussi bégayement ou de la difficulté à articuler.

Ce qui caractérise ces tumeurs, par rapport aux autres tumeurs de l'encéphale, sont donc : l'hémiplégie alterne et, en général, les paralysies accompagnées de troubles de sensibilité dans un tiers des cas environ, la multiplicité des lésions des organes des sens et enfin la fréquence des atteintes de l'intelligence. On peut y ajouter les lésions de la parole et la difficulté de la déglutition. Absence de convulsions.

Avec ce cortége de symptômes, que M. Ladame discute un à un, le diagnostic peut être certain ; mais ils existent rarement avec cet ensemble. C'est ainsi que plusieurs faisaient défaut dans un cas qu'il donne comme type et où il l'établit par exclusion d'abord, puis par synthèse et d'une manière différentielle, en examinant un à un les symptômes propres aux autres affections de l'encéphale pouvant faire doute. C'est donc là une excellente monographie pour le diagnostic différentiel de ces tumeurs. (*Arch. de méd.*, août et septembre.)

Tumeur de la langue. Elle était si considérable chez un homme de quarante-huit ans qu'il y avait impossibilité de parler, de mâcher, d'avaler et même de respirer. Il y avait donc danger de mort, et déjà une altération profonde de la santé générale se manifestait. M. Demarquay pratiqua la ligature des deux artères linguales, et, dès le lendemain, s'observait une atrophie notable de la tumeur, qui a continué ensuite de manière sinon à disparaître, du moins à permettre le rétablissement des fonctions indispensables à la vie, tellement que, depuis, la santé générale de l'opéré est devenue excellente. (*Soc. de chir.*, mai.)

Ainsi se généralise la ligature qui a déjà été utilement appliquée à l'éléphantiasis et même au cancer de la langue. (Voy. ce mot.)

Tumeur érectile. Une tumeur de ce genre, du volume d'une noisette, non pédiculée, existant à la région temporale gauche d'un nouveau-né et prenant rapidement des dimensions inquiétantes, M. Tirifahy (de Bruxelles), ayant eu vainement recours à la compression, puis à la ligature séparée des artères rampant à la base de la tumeur, il l'attaqua par les moyens suivants : Passant deux sétons en croix sous la base de la tumeur,

il appliqua en même temps à la surface de la pâte de Canquoin au chlorure de zinc. A la chute de l'eschare, il retira les sétons et injecta dans leurs trajets la solution de perchlorure de fer, en recouvrant la surface dénudée d'une compresse imbibée de ce même liquide. Huit jours après, la tumeur était affaissée, plus de battements ni de capillaires variqueux, et il suffit de revenir sur les mêmes moyens pour obtenir une guérison complète. (*Acad. de méd. de Belgique*, 25 février.)

Ce nouveau mode d'emploi du perchlorure de fer met peut-être à l'abri des dangers qu'employé isolément il peut occasionner. C'est ainsi que M. Guillot l'a appliqué sur la surface dénudée par les vésicatoires. Voy. NÆVUS.

Pour ces tumeurs de la face assez étendues, M. Michaux donne la préférence à la cautérisation actuelle parcellaire, qu'il répète une ou deux fois. Quatre succès témoignent des bons effets de cette méthode de traitement.

Tumeurs kystiques. Ayant eu occasion d'en observer cinq cas, dont il rapporte les observations *in extenso*, et deux autres lui ayant été communiqués, le docteur Conche (de Lyon) a tracé une histoire générale de cette espèce de tumeurs, sur laquelle il diffère en plusieurs points des opinions émises par ses devanciers. Ainsi elles sont constituées, suivant lui, par une trame fibreuse de nouvelle formation, criblée d'une quantité plus ou moins considérable de kystes, et peuvent se compliquer accidentellement de la présence de matière cartilagineuse, cancéreuse ou tuberculeuse.

Fondé sur l'examen anatomo-microscopique de ces tumeurs aux différentes périodes de leur évolution, il en place le siége anatomique dans le tissu conjonctif du corps d'Highmore, ou qui réunit les tubes séminifères, en montrant qu'il ne peut être ni dans ceux-ci où le plaçait A. Cooper, ni dans l'épididyme, selon M. Robin, ni dans la membrane albuginée, où le plaçait M. Jouon. Au point de vue de leur structure, il en distingue six variétés, ainsi classées par ordre de fréquence :

Tumeurs	fibro-kystiques simples	16 cas.
—	cartilagineuses.	7 —
—	cartilagineuses cellulo-cancéreuses.	3 —
—	cellules cancéreuses	2 —
—	cartilagineuses, cellul., can. et tub.	1 —
—	cartilagineuses et tuberculeuses . .	1 —

Les kystes sont divisés en trois groupes suivant leur contenu,

et, d'après leur histologie pathologique, il en infère que la tumeur est due à un trouble du tissu fibreux intra-testiculaire caractérisé par le développement simultané d'éléments fibreux et de kystes.

Sur 30 cas qu'il a pu recueillir et dont il donne le tableau statistique, la tumeur s'est développée, de vingt à quarante ans, dans 24 cas sur 26 où cette circonstance est signalée, et pas plus souvent à droite qu'à gauche. Les sujets étaient ordinairement jeunes et bien portants, sans hérédité diathésique ni apparence cachectique ; 7 fois sur 29 les contusions du testicule en ont paru être la cause directe.

La marche en est lente comme l'indique le tableau suivant. Sur 22 cas l'opération avait été pratiquée :

1 an après le début	. . . .	9 fois.
De 1 an à 2 —	. . . .	5 —
Plus de 2 ans —	. . . .	4 —
Plus de 5 ans —	. . . .	3 —
De 7 à 8 ans —	. . . .	1 —

On peut, d'après ces circonstances, en établir le diagnostic différentiel, amplement traité par l'auteur, surtout quant aux tumeurs encéphaloïdes et l'enchondrome tel qu'il a été considéré par les plus récents auteurs. L'existence du tissu cartilagineux ne suffit pas à M. Conche pour constituer l'enchondrome, puisqu'il l'a trouvé le plus souvent déposé dans les tumeurs kystiques ; il faut qu'il constitue la tumeur en entier avec des cavités au centre qui se forment par le ramollissement ; cas extrêmement rare, selon lui, et qui a été beaucoup exagéré dans ces derniers temps. Il y a là une distinction extrêmement importante au point de vue des tumeurs du testicule.

Le pronostic est incertain, selon M. Conche, car on ne peut se fixer absolument sur l'existence ou l'absence de la cellule cancéreuse pour se prononcer. A en juger d'après la statistique donnant 2 guérisons sur 9 dégénérescences, il serait très-grave. Aussi insiste-t-il pour l'ablation immédiate de ces tumeurs dès que le diagnostic en est bien établi, non dans l'espoir de voir la guérison définitive suivre l'opération aussi souvent que le disait A. Cooper, mais pour délivrer le malade d'une tumeur qui, bénigne, est néanmoins gênante et parfois douloureuse, peut enfin devenir plus tard cancéreuse ; qui, maligne, au contraire, est une cause puissante de généralisation, que l'on doit supprimer le plus promptement possible. (*Journ. de méd. de Lyon*, mai et juin.)

Tumeur interstitielle de l'utérus. S'il n'est pas rare de voir les polypes fibreux déterminer des douleurs expultrices comparables à celles de l'accouchement et facile d'en comprendre le mécanisme, il l'est moins quand la tumeur siége dans les parois mêmes de l'utérus. Celles de la paroi postérieure y donneraient seules lieu, suivant M. Bertholle, par la difficulté qu'elles rencontrent à franchir l'angle sacro-vertébral, se fondant, à cet égard, sur le fait suivant :

Une dame de quarante-quatre ans est prise, dans la nuit du 4 au 5 janvier 1863, de douleurs expultrices en même temps que ses règles. Le palper abdominal constate une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, la matrice paraissant développée à ce point. Le toucher vaginal trouve le col hypertrophié principalement dans la lèvre postérieure ; l'extrémité de l'index pénètre dans sa cavité ; en arrière, dans le cul-de-sac vaginal, on sent une tumeur arrondie et résistante, faisant partie de la paroi postérieure de l'utérus. C'était donc un corps fibreux avec coliques utérines. Mais, malgré des lavements opiacés, les douleurs deviennent plus intenses par intervalles. M. Huguier, appelé, constate les mêmes phénomènes. L'intensité des douleurs fait penser à une grossesse extra-utérine ; pour éclairer le diagnostic, le cathétérisme utérin est pratiqué et ne rencontre nul obstacle dans l'utérus. Néanmoins, les douleurs expultrices se prolongent jusqu'à la suivante apparition des règles, le 29 janvier, où, après l'expulsion de quelques caillots jusqu'au 2 février, les douleurs cessent et n'ont plus reparu depuis, malgré le développement continu du ventre qui a acquis celui d'une femme à terme. (*Soc. d'émulation*, et *Union méd.*, n° 112.)

La théorie de l'auteur semble inadmissible devant ce seul fait. Il y a là bien certainement une inconnue que l'avenir seul pourra éclairer. La rétention de quelques caillots, comme tout corps étranger dans l'utérus, peut d'ailleurs en provoquer les contractions.

Tumeur fibro-musculaire. John B., vingt-deux ans, maigre, cachectique, porte une tumeur du sein gauche depuis sept mois. A l'examen, le 29 février, M. Savory la trouve située immédiatement derrière le mamelon, qui est parfaitement mobile, et non rétracté. De forme ovoïde, son plus grand diamètre, parallèle au bord inférieur du grand pectoral, est de 3 pouces envi-

ron et le transverse de 2 pouces et demi. Circonscrite, irrégulière à la surface, très-dure, non douloureuse, elle est immobile sur le grand pectoral, auquel elle adhère par une large surface. Des ganglions axillaires engorgés et des vaisseaux lymphatiques durs comme une corde l'entourent.

La rareté du squirrhe du sein chez l'homme, surtout à cet âge, autant que l'absence de l'engorgement ganglionnaire et l'aspect cachectique du malade, éloignaient l'idée d'une tumeur cancéreuse aussi bien que la mobilité de la peau et la non-rétraction du mamelon. L'excision fut donc pratiquée à l'hôpital Saint-Barthélemy. M. Savory trouva cette tumeur si intimement unie au rebord inférieur du grand pectoral, qu'il fut indispensable d'en reséquer des fibres. La glande placée en avant n'adhérait aucunement. La plaie se cicatrisa sans complication.

Au microscope, cette tumeur fut reconnue composée de tissu fibreux dense, de larges bandes s'entrecroisant irrégulièrement en différents sens. Des fibres musculaires en recouvraient la surface en s'arrêtant brusquement sans qu'on pût les suivre dans l'intérieur de sa substance. (*Med. Times*, mai.)

Traité des tumeurs, par Paul Broca, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8°, avec figures intercalées dans le texte. Le premier volume paru, après un historique très-étendu, donne une division des tumeurs suivant leur composition microscopique. Le livre second est consacré au traitement.

Des tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement, par le docteur Perret, ancien interne de la Maternité de Paris, etc. Grand in-8° de 88 pages.

TYPHUS. Typhus abortif. M. Liebermann en a rencontré quarante-sept cas durant une épidémie de typhus observée au Mexique. Mais les rapports que ces deux affections ont présentés, et les diverses phases de celle-ci dont il trace l'histoire, lui paraissent de nature à douter que ce nom lui soit bien applicable. Si, d'une part, elles se développent et s'observent simultanément, tellement que la proportion ici a été de 1 à 5, on voit ordinairement celle-ci guérir après un vomitif ou des purgatifs répétés du sixième au dixième jour, sans aucun des caractères spécifiques du typhus, ni rapport de voisinage avec lui. Ainsi, dans une caserne où il éclate épidémiquement, ce ne sera pas à

côté des lits des typhisés que se rencontreront les cas de typhus abortif, mais dans les chambrées voisines, dans les lieux éloignés du véritable foyer, contrairement à ce que dit Niemeyer. C'est du véritable typhus et non du typhus abortif que sont atteintes les personnes approchant les typhisés.

Pour admettre qu'un empoisonnement miasmatique, comme le typhus, peut avorter, trois suppositions seulement sont possibles. La première est que son évolution a été contrariée par l'action des médicaments employés pour le combattre. Or, outre qu'il est admis en principe que l'on n'entrave pas la marche d'une maladie générale comme le typhus par une médication quelconque, M. Liebermann a prouvé que cette hypothèse n'est pas fondée. Quinze malades laissés sans médication active n'ont pas moins guéri comme ceux qui étaient traités plus activement; dans deux cas seulement, la durée moyenne de la maladie a été dépassée de deux jours, et la médication purgative n'a eu d'autre résultat notable qu'une diminution dans les douleurs abdominales et dans les symptômes cérébraux.

La deuxième supposition est que la dose du miasme absorbé a été insuffisante. Mais il n'a remarqué aucune différence extérieure d'action, ni dans les quartiers, ni dans les habitations des malades frappés du typhus abortif, pouvant expliquer cette différence d'action interne. Cette deuxième théorie n'est donc pas plus admissible que la première, à moins d'admettre que l'organisme dans ces cas s'est montré réfractaire à l'absorption du virus. C'est la troisième supposition.

S'il existe, en effet, des organismes rebelles à l'absorption de certains éléments contagieux, comme on le constate pour la syphilis, la vaccine, la variole, le typhus et la fièvre jaune, il faut reconnaître que ce fait est très-exceptionnel. Ici, au contraire, le rapport a été de 1 : 5, et il est impossible que le miasme typhique rencontre tant d'organismes réfractaires. L'observation démontre d'ailleurs l'inanité de cette théorie. Sur les quarante-sept cas de typhus abortifs, quatre ont présenté, moins de deux mois après leur affection primitive, un vrai typhus pétéchial, preuve péremptoire qu'ils n'y étaient pas réfractaires.

La non-contagion et la marche du typhus abortif montrent bien encore qu'il n'est pas plus une variété bénigne du typhus grave que la pleurodynie n'est une variété bénigne de la pleurésie, ni la cholérine un choléra même léger.

La synoque ou fièvre inflammatoire, appelée encore plus jus-

tement *embarras gastrique fébrile*, présente au contraire les plus complètes analogies avec le typhus abortif. Fièvre, douleurs abdominales, constipation, diarrhée, céphalalgie : tels sont leurs caractères communs ; la marque typhique seule manque dans celui-ci. Or, durant une épidémie, toutes les maladies intercurrentes en prennent ordinairement le cachet. Rien d'étonnant donc que l'embarras gastrique ne prenne dans ce cas le caractère de l'affection régnante, comme on le voit pour les pneumonies, la dysenterie, etc.

Il conclut, en conséquence, que ce n'est là ni un typhus avorté, ni un typhus bénin ; que c'est simplement un embarras gastrique fébrile, plus fréquent pendant les épidémies de typhus, en raison même de la constitution médicale, du génie épidémique, et qui lui emprunte un cachet spécial, le masque typhique. (*Rec. de mém. de méd. et chir. militaires*, juin.)

C'est là une nouvelle interprétation clinique qui, contrairement aux habitudes actuelles d'étendre le cadre nosologique, le simplifierait. Reste à vérifier, à confirmer si cette interprétation est juste comme l'efficacité du traitement évacuant tend surtout à le prouver.

Typhus pétéchial. *Levûre de bière.* Employé exclusivement dans les hôpitaux de Dublin, ce moyen a été trouvé de nouveau très-avantageux par M. Kennedy, au *Cork street hospital*, pendant une épidémie qui y a sévi en 1864. Sur 300 malades traités avec ce remède du 1[er] mai au 31 décembre, la mortalité a été moindre de 9 pour 100, et pourrait même être réduite à 7 en éliminant les cas désespérés à leur entrée. Elle a produit généralement un léger effet laxatif, qui a paru avantageux. Sous son influence, les taches les plus foncées prenaient une belle couleur rouge à leur déclin. La durée de la maladie en parut aussi abrégée. La faiblesse du pouls seule en contre-indique l'emploi. (*The Dublin med. Press*, juin.)

U

ULCÈRE. Fondé sur onze observations, M. Lebret, à l'exemple de Bordeu, montre :

1° Que les eaux sulfureuses, fortes et thermales, particulière-

ment celles de Baréges, sont contre-indiquées dans le traitement des ulcères phagédéniques et cancéreux ;

2° Que, dans beaucoup de plaies atoniques, en dehors des catégories précédentes, l'emploi de ces mêmes eaux, ou rend l'ulcération stationnaire, loin de contribuer à la cicatriser, ou bien y développe la production de fausses membranes qui se gangrènent rapidement ;

3° Que, toutes choses égales d'ailleurs, il faut apporter beaucoup de ménagements dans le traitement, et appliquer de préférence les eaux sulfureuses, les moins minéralisées et les moins chaudes à la cure des ulcères en général.

L'excitation de ces eaux, leur thermalité et l'altitude de Baréges sont les principales causes attribuées à la contre-indication de ces eaux et de leurs mauvais effets. (*Union méd. de la Gironde*, décembre 1864.)

Ulcère simple chronique de l'estomac. D'après les bons effets obtenus par M. Monneret avec le sous-nitrate de bismuth à haute dose contre les ulcérations intestinales et celles de la peau, le docteur Bonnemaison (de Toulouse) l'a employé avec succès contre l'ulcère simple de l'estomac, en en faisant prendre de 70 à 80 grammes par jour (*Journ. de méd. de Toulouse*, juillet et août). Il y a loin de cette dose aux quelques centigrammes préconisés avant lui ; mais le fait de guérison rapporté à l'appui est loin d'être convaincant. Pour être rigoureuse d'ailleurs, cette expérimentation thérapeutique devrait se faire séparément : avec le sel de bismuth bien purifié et privé d'arsenic, et le bismuth du commerce qui en contient toujours une certaine proportion, afin de s'assurer si celui-ci n'a pas la principale part dans la guérison, comme on l'a dit.

URÉMIE. Deux nouveaux cas observés dans les hôpitaux en ont été relatés par M. Alfred Fournier à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*. Il s'agit de deux femmes dont l'une avait un cancer utérin. La diminution, la suppression même de l'urine, qui était devenue pâle, décolorée, limpide comme de l'eau, et coïncidant avec une dégénérescence graisseuse des reins, montre d'autant mieux qu'il s'agissait là d'une intoxication dite urémique par la rétention dans le sang de certains éléments de l'urine, que des vomissements répétés, une torpeur générale avec hébétude intellectuelle, céphalée, convulsions éclamptiques,

coma, hémorrhagies, ont accompagné ces phénomènes. Il est pourtant d'autres symptômes qui ont fait défaut, ceux de la vision et de l'expiration ammoniacale. Et de même l'autopsie n'a révélé aucune lésion du cerveau ni de la muqueuse gastro-intestinale non plus que la coloration violette du sang signalée par Frerichs. (*Union méd.*, nos 8 et 9.)

Il ne faudrait pourtant pas, selon M. Woillez, attribuer toujours les vomissements à l'urémie. La péritonite qui complique assez souvent la maladie de Bright, comme il l'a signalé lui-même, suffit à les provoquer.

C'est ainsi qu'il en a observé trois cas dans les hôpitaux de Paris, chez deux hommes et une femme. Voy. ALBUMINURIE. Il s'étonne donc que cette complication n'ait pas été mentionnée par les auteurs français, car elle peut être une cause de méprise étiologique. (*Idem*, n° 34.)

Un fait s'y rattachant a aussi été signalé par M. Moutard-Martin chez une femme de trente-quatre ans, souffrant depuis longtemps d'une douleur de la région rénale et entrée à l'hôpital Beaujon pour un embarras gastrique avec céphalalgie très-intense remontant à 5 ou 6 jours. Bouffissure de la face; pas d'albuminurie. Soulagée pas un vomitif pendant 8 jours, elle tomba subitement dans un état stertoreux avec mouvements convulsifs et contracture du côté droit. L'absence d'albumine dans l'urine fut de nouveau constatée, et l'autopsie montra cependant une lésion de Bright avec atrophie de la substance corticale et intégrité complète du cerveau et de ses enveloppes. (*Union méd.*, n° 40.)

Comme preuve à l'appui de la réalité de cet empoisonnement urémique, M. Hirschsprung rapporte cinq nouveaux cas de cristallisation de l'urée à la surface de la peau, ainsi que plusieurs auteurs allemands en ont déjà publié. Il s'agit d'hommes âgés de cinquante-cinq, cinquante-six, soixante-deux, soixante-cinq et soixante-dix ans, observés à l'hôpital *Frederik* et ayant présenté, à l'autopsie, des lésions multiples de la vessie et des reins; c'est une poudre blanche amorphe en apparence, siégeant où la peau est garnie de poils : à la tête, au cou, au thorax, sans sueur coïncidante et ne se rencontrant guère que peu de temps avant la mort. (*Ugeskrift for Laeger*, janvier; *Dublin med. Press*, mai.)

Si ces faits ne peuvent être passés sous silence, il est remarquable qu'ils ne se sont rencontrés jusqu'ici qu'en Allemagne,

où la doctrine de l'urémie a pris naissance et se soutient au lieu de se généraliser. Ce fait est donc étrange et légitime au moins la réserve de plusieurs médecins sur ce sujet.

URÉTHROTOMIE. A en juger par la statistique suivante, fournie par M. Perrin, cette opération ne serait ni grave ni périlleuse. En effet, sur 163 cas où elle a été pratiquée, il n'y aurait que 5 morts, savoir :

	Opérations.	Morts.
MM. Sédillot	21	1
Maisonneuve	66	3
Gosselin	16	1
Trélat	4	0
Demarquay	12	0
Boinet	5	0
Desormeaux	10	0
Reybard	14	0
Perrin	15	0

Et encore, ces cinq décès sont-ils atténués par des circonstances et des complications particulières qui rendent la mort peu à redouter dans les cas ordinaires. Elle serait ainsi bien préférable à la dilatation, qui laisse subsister l'anneau de tissu fibro-plastique dur, rigide, inextensible, constituant le rétrécissement tandis qu'elle le divise.

Cette innocuité a été confirmée par MM. Follin et Trélat. Sur 13 uréthrotomies pratiquées par le premier à l'hôpital du Midi, 9 internes et 4 externes, il n'y a eu ni insuccès ni accidents. De même du second dans 5 cas. Néanmoins elle ne saurait être substituée à la dilatation. L'une et l'autre ont leurs indications spéciales. La dilatation peut suffire au début. Mais quand le rétrécissement est trop élastique et revient sur lui-même, que la dilatation provoque la fièvre, il faut inciser. La division n'est contre-indiquée que s'il y a altération de la substance des reins, et l'on ne saurait toujours le reconnaître à temps.

Mais il n'en est pas de même de MM. Dolbeau, Guérin, Voillemier et Demarquay. Tout en étant partisans de cette opération, ils ne la considèrent que comme exceptionnelle, celle de la dilatation restant la règle. Les chiffres précédents leur paraissent trop favorables. A en croire M. A. Guérin, les succès prétendus de M. Perrin ne seraient que des insuccès par l'analyse; la plupart des opérés n'ayant été ni suivis ni revus.

Acceptée en principe, l'uréthrotomie est donc une opération

définitivement gagnée à la science. Il ne s'agit plus que de décider quand et comment il faut y recourir. C'est ce que diront l'avenir et l'expérience. M. Dolbeau voudrait que la dilatation fût toujours employée primitivement ; la division n'étant ainsi qu'un adjuvant, un pis-aller dans les cas rebelles, d'après M. Demarquay ; M. Perrin, au contraire, confiant dans le peu de gravité de cette opération, dans les cas ordinaires, conseille de la pratiquer de bonne heure, sinon d'emblée, comme moyen de prévenir plus sûrement les complications qui seules la rendent dangereuse. Entre ces deux extrêmes se placent ceux qui en voient des indications spéciales dans la réaction fébrile (Guérin, Dolbeau, Follin) une excessive sensibilité de l'urèthre (Guérin), l'insensibilité du rétrécissement (Dolbeau), ou son élasticité extrême à un degré compatible avec la miction (Follin et Trélat). Le siége et la nature du rétrécissement en seraient sans doute de plus sûrs guides, si l'on pouvait toujours les reconnaître au début.

Quant au procédé opératoire, à l'incision superficielle adoptée par MM. Perrin, Dolbeau, Demarquay, MM. Guérin et Voillemier préfèrent une incision profonde. Celle-ci est dangereuse pour les premiers, celle-là est impuissante pour les seconds. Pourtant on peut dire que les incisions profondes de Reybard sont généralement condamnées. Pratiquées d'avant en arrière avec une lame courbe, elles exposent moins aux hémorrhagies, suivant M. Perrin. Mais agir ainsi est procéder en aveugle, dit M. Dolbeau, le chirurgien ne sait où il est ni ce qu'il fait, et il préfère inciser d'arrière en avant avec une lame droite. Dans 36 cas opérés de la sorte, il n'a eu que 5 hémorrhagies, tandis que M. Perrin en a eu 3 ou 4 fois sur 12 opérations. La nature des parties divisées, l'étendue et la profondeur de l'incision en rendraient bien mieux compte, suivant M. Voillemier ; chacun expliquant cet accident d'après son *modus faciendi*, ou plutôt agissant d'après l'idée qu'il s'est faite de son mode de production.

Reste l'usage consécutif de la sonde, qui prévaut parmi la plupart des opérateurs français, même M. Perrin, quoiqu'il n'y ait pas soumis la majorité de ses opérés, et cela sans inconvénient pour eux. M. Maisonneuve, à l'exemple de Reybard, fait exception à la règle. M. Guérin ne comprend même pas que l'on puisse s'en passer, à cause du retrait qui doit suivre la formation du tissu inodulaire cicatriciel, non de la muqueuse

elle-même, qui n'en est pas susceptible, mais du tissu conjonctif sous-jacent. (*Soc. de chir.*, juin et juillet.)

Un résumé remarquable de cette importante discussion a été fait par M. Bron, en discutant les points de vue divers où se sont placés les divers orateurs, et en constatant comme nous les progrès de cette opération dans la pratique générale. (*Gaz. de Lyon*, n° 17.)

L'initiative et les succès du professeur Barbosa ont mis cette opération en grande faveur à Lisbonne. Sur 17 cas connus lors de la discussion dont elle a été l'objet à la *Société des sciences médicales*, le 15 mars, aucun accident notable n'avait été observé. M. Barbosa a été conduit seulement à remplacer la bougie la plus fine par un cathéter conducteur olivaire de 2 millimètres de diamètre pour les rétrécissements étroits et épais. Comme nous l'avons déjà signalé en 1864, il supprime immédiatement la sonde à demeure dans l'urèthre, contrairement à ce qui se fait encore à Paris : il se borne, aussitôt l'opération, à vérifier la capacité donnée à l'urèthre avec une sonde olivaire, qui sert en même temps à vider la vessie pour empêcher le contact de l'urine avec la plaie récente. Avec cette précaution, il n'a presque jamais observé de frissons ni de fièvre. Ce n'est que cinq à six jours après l'opération qu'il explore légèrement le canal. Il y a moins de danger ainsi, dit-il, de développer la suppuration des points divisés.

Ce n'est que dans les rétrécissements extrêmement épais compliqués de fistules qu'il laisse la sonde à demeure ; mais ce cas est si rare que, sur 15 faits, un seul a réclamé ce procédé exceptionnel. (*Revista med. portug.*, n° 21, et *Nota sobre a uretrotomia interna*, mémoire présenté à l'Académie des sciences de Lisbonne en 1864, par A. M. Barbosa).

De l'uréthrotomie interne, par le docteur Reliquet, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 135 pages.

De l'uréthrotomie, dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre ; indications et contre-indications, par M. le docteur Beyran, 20 pages in-8°.

URINE. M. Schœbein y a constaté la présence de l'eau oxygénée, qu'il n'avait pu trouver dans le sang ni aucune autre partie de l'organisme. Elle se détruit par la putréfaction de l'urine, et il en résulte ainsi l'oxydation de certains éléments de l'urine. Une espèce de mycoderme réduit ainsi les azotates

en azotites et l'urée en carbonate d'ammoniaque. En absorbant de l'eau, il se forme une substance fluorescente qui disparaît par l'addition d'un acide et reparaît en ajoutant un alcali. Elle semble due, d'après l'auteur, à la formation d'un corps analogue à l'oxaline. (*Bull. de la Soc. chim.*)

D'après M. Béchamp, l'urine normale, physiologique, contient une substance de nature protéique, qu'il appelle néfrozymase et qu'il considère comme un ferment de l'urine. On en constate l'existence en mettant l'urine en contact avec l'empois de fécule que la néfrozymase a la propriété de dissoudre, de fluidifier. Voy. Néfrozymase.

Urée. Il résulte des expériences faites par le professeur Haughton sur des urines de personnes en santé ou en maladie, ne contenant ni sucre ni albumine, que la quantité d'urée peut être déterminée d'une manière bien simple, soit en soustrayant du total de la gravité spécifique le nombre 1 000 et en multipliant le reste par 10. Le produit sera le nombre en grains de l'urée par pinte d'urine. Ainsi, sur un total de 19 expériences, les moyennes n'ont varié que de 149 grains à 156; ce qui, dans la pratique, est peu important.

Sucre. Une opération aussi simple s'applique à la constatation de la quantité de sucre; au lieu de multiplier le reste par 10, on multiplie par 20, et le produit donne la solution du problème cherché. Sur 16 expériences, les moyennes n'ont pas différé de 2 grains. Cette simplification d'opérations, ordinairement si compliquées, sera donc précieuse pour les praticiens. (*Dubl. quart. Journ.*, février.)

Diathèse urique. Voy. Diathèse.

Urines bilieuses. Pour constater la présence de la bile dans les urines, M. Cunisset, pharmacien, propose d'introduire dans un tube d'essai 40 à 50 grammes de l'urine à analyser, 5 à 6 grammes de chloroforme, et l'on agite pendant quelques instants, après avoir bouché l'extrémité ouverte du tube. Au contact du chloroforme, l'urine bilieuse prend immédiatement une coloration d'un beau jaune; par le repos, le chloroforme se précipite à la partie inférieure du tube, entraînant les principes gras de l'urine colorés par la matière jaune de la bile, et formant une couche colorée en jaune, nettement distincte

de la partie supérieure du liquide. — Essayé souvent à l'hôpital de Brest et celui de Port-Louis, sur les urines d'ictériques, ce réactif a toujours donné de bons résultats, notamment dans plusieurs cas où l'acide azotique et l'acide chlorhydrique n'avaient déterminé aucune coloration.

L'emploi de l'acide azotique ne permet pas, du reste, de constater facilement la présence de la bile; le moindre excès fait virer au rouge vineux le principe colorant de la bile; et, cette nouvelle coloration pouvant se confondre avec celle de l'urine, l'opérateur, ne voyant pas apparaître la coloration verte, peut être induit en erreur. Le chloroforme, agité avec de l'urine normale additionnée d'une très-faible quantité de bile récemment extraite de la vésicule biliaire, a produit la même coloration, et, par le repos, le même dépôt d'un très-beau jaune. (*Arch. de méd. nav.*, mai.)

Urines des aliénés. Voy. ALIÉNATION MENTALE.

De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs; de leur composition chimique, de leurs caractères physiologiques et pathologiques et des indications thérapeutiques qu'ils fournissent dans le traitement des maladies, par Lionel S. Beale, médecin du King's College Hospital, à Londres, professeur de physiologie et d'anatomie générale et pathologique au King's College, etc. Traduit de l'anglais sur la seconde édition, et annotée par Auguste Ollivier, ancien interne des hôpitaux, et Georges Bergeron, interne lauréat des hôpitaux. Un vol. in-18 jésus de 450 pages, avec 136 figures.

Le titre explicatif de l'ouvrage en indique assez la richesse. C'est un véritable manuel, indispensable à ceux qui veulent étudier l'urine pathologique et ses composés, et, aujourd'hui que ce produit de sécrétion joue un rôle si considérable dans la pathogénie et la symptomatologie des maladies les plus complexes, comme l'albuminurie, le diabète, la goutte et tant d'autres, il n'est plus permis à aucun praticien de ne pas recourir à cette étude séméiologique.

UTÉRUS. Ulcérations du col. Aux pansements de toutes sortes, pulvérulents, liquides ou solides, dirigés contre cette lésion, le docteur Hamon ajoute une modification : c'est la poudre d'alun mêlée à la gomme dans la proportion de 50 pour 100. Le spéculum étant appliqué, on insuffle ce mélange sur

la plaie à l'aide d'un long tube en verre, et l'on peut ainsi renouveler ce pansement tous les jours comme avec le tan, l'iode, le collodion, etc., suivant la nature de l'ulcération.

Employé dans deux cas seulement, ce mélange adhésif a amené une cicatrisation complète en quinze jours. Mais, quel qu'en soit l'effet favorable, il faut reconnaître que des cautérisations répétées avaient été faites préalablement avec l'acide nitrique monohydraté et le nitrate d'argent, ce qui, sans nul doute, avait déjà modifié la plaie (*Abeille méd.*, nº 31). Il n'est donc pas rigoureux d'attribuer exclusivement la guérison à la poudre aluno-gommée, qui n'a de nouveau que le mélange, car, de tout temps, l'alun a été communément employé comme modificateur de ces ulcérations rebelles.

Déplorant, au contraire, tout le vague et l'incertitude qui règnent trop souvent sur les indications spéciales de tel ou tel moyen topique, M. Gallard, en praticien savant, prend surtout soin de bien déterminer les cas où l'iode est applicable. Ce n'est pas, dit-il, contre cette ulcération simple, constituée par l'inflammation de quelques follicules, superficielle, sans hypertrophie du col ni induration des tissus péri-utérins de l'exulcération, en un mot, qui cède aux traitements les plus anodins; c'est à un degré de plus, lorsque cette ulcération est devenue fongueuse et saigne au moindre contact, qu'elle s'étend à toute la surface du museau de tanche et pénètre jusque dans son orifice, que le col et même le corps de l'utérus sont engorgés et plus volumineux, qu'il a recours à cet agent précieux. Il en imbibe un pinceau de charpie, qu'il promène sur toute la surface ulcérée mise à découvert. Quatre observations détaillées, et choisies parmi celles qu'il a recueillies dans les hôpitaux, notamment dans son service de la Pitié, servent d'exemple à cet égard et montrent les bons effets que l'on peut retirer de ces applications. En général, trois à quatre suffisent pour obtenir une amélioration qui est le meilleur indice d'une guérison radicale, sans en être une garantie formelle, car l'auteur ne reconnaît rien de spécifique dans son action locale; aussi convient-il d'en abandonner l'emploi pour recourir à d'autres modificateurs topiques quand, après quatre à cinq applications, l'aspect de l'ulcération n'a pas changé. (*Bull. de thérapeut.*, juillet.)

Végétations. Relativement rares, ces excroissances ont été

plus rarement encore excisées avec l'écraseur comme dans le cas suivant : Chez une femme mariée, âgée de trente-trois ans, mère de trois enfants dont le plus jeune a huit ans, les règles n'avaient pas paru depuis quatre mois. Elles étaient remplacées par un écoulement sanguinolent ou brunâtre devenant parfois très-abondant. La santé s'était rapidement altérée : maigreur, pâleur, anxiété. Elle entre, le 13 août à *Saint-Mary's hospital.*

Au toucher, M. Graily-Hewitt trouve la partie supérieure du vagin remplie par une masse grosse comme un œuf de dinde, molle, spongieuse, saignante et insensible. Elle adhère au col de l'utérus, qui n'est pas augmenté de volume non plus que le corps. L'excision est résolue, et, après six semaines d'un régime tonique et fortifiant, l'écraseur est appliqué sur cette excroissance le 27 septembre et l'excision exécutée par le docteur Hicks. Dix jours ensuite, cette femme quittait l'hôpital parfaitement rétablie. (*Lancet*, décembre.)

Gangrène. Un exemple bien accentué, incontestable de cette maladie rare, confondue avec la métrite gangréneuse, la putridité de l'utérus, putrescence des Allemands, en est rapporté par M. Hervieux. C'était chez une tripare de vingt et un ans, qui, malgré un bassin rétréci, accoucha naturellement et rapidement, le 24 juillet, à la Maternité. Mais consécutivement un écoulement hémorrhagique de sang fluide s'établit malgré le massage et le seigle ergoté. Une teinte ictérique de la peau avec nausées et vomissements se montra bientôt avec tous les signes de l'ictère grave, et cette femme succombait trois jours après son accouchement.

Au milieu des altérations diverses révélées par l'autopsie, l'attention se porte principalement sur celles de l'utérus, dépassant la symphyse de 2 à 3 centimètres. La surface externe présente au fond une tache ovale blanchâtre de l'étendue d'une pièce de 5 francs. Deux autres taches blanchâtres, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, existe sur la partie postérieure, au milieu.

Une autre, grisâtre, arrondie, à bords irréguliers, s'observe à droite. Toutes sont formées d'une matière pulpeuse, sans consistance, ne présentant pas la moindre trace d'organisation. La dernière est constituée par une matière tellement molle, qu'elle a cédé sous le doigt dans les manœuvres

nécessaires pour extraire l'utérus, d'où est résultée une perforation de la paroi utérine.

Toutes sont entourées d'un tissu rouge, congestionné jusqu'à une certaine distance des parties désorganisées, en d'autres termes, d'un cercle inflammatoire indiquant la limite de séparation du mort et du vif.

La surface interne, étudiée à l'aide d'une incision longitudinale et médiane pratiquée sur la paroi antérieure, était tapissée d'une couche pulpeuse grisâtre, humide, exhalant une odeur d'une extrême fétidité. Des coupes pratiquées sur les différents points correspondant aux taches extérieures déjà décrites permirent de s'assurer que l'altération gangréneuse n'était pas bornée à la périphérie, elle comprenait toute l'épaisseur de la paroi utérine. Le tiers au moins en était sphacélé ailleurs.

Le tissu gangréné était partout d'une couleur blanc grisâtre, excepté au niveau des cotylédons utérins, où il était d'un brun noirâtre, dû au sang dont les cotylédons étaient imprégnés, et peut-être aussi à l'action de l'air.

La lèvre antérieure du col était œdématiée, crépitait et contenait quelques bulles de gaz; en un mot, semblait être le siége d'un emphysème consécutif à la destruction des parties mortifiées; annexes indemnes. (*Union méd.*, n° 146.)

Rupture. Voy. Dystocie, Hystérométrie, Tumeurs.

Des tumeurs épithéliales du col de l'utérus, par V. Cornil, 68 pages grand in-8° avec 2 planches. Germer Baillière. Considéré exclusivement au point de vue histologique, ce travail présente un grand intérêt de nouveauté.

Recherches sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus développé par la grossesse, par Th. Hélie, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Nantes. Un vol. in-8° avec un atlas de 10 planches in-folio, dessinées d'après nature par M. Chenantais.

V

VACCINE. *Indépendance de la vaccine et de la variole.* Pour éclairer, sinon résoudre l'identité des diverses éruptions varioliformes des animaux avec la variole et la vaccine, soutenue au sein même de l'Académie de médecine, une commission de la

Société des sciences médicales de Lyon, composée de médecins et de vétérinaires les plus distingués, s'est livrée à des expérimentations dont le résumé suivant a été présenté par M. Chauveau à l'Académie le 31 mai.

Sur une série de mâles et de femelles de l'espèce bovine de tout âge, exempts jusque-là de toute éruption analogue, l'inoculation du cow-pox de génisse a reproduit dans tous les cas de magnifiques pustules, sans donner lieu à aucune trace d'éruption générale.

Sur 20 autres bêtes dans les mêmes conditions, inoculées avec du vaccin, un résultat absolument semblable s'est produit, comme l'avait déjà observé M. Bousquet. Une seule bête s'est montrée réfractaire. Bien plus, le virus de ces pustules, réinoculé à d'autres bêtes et à des enfants, a donné un vaccin-type dans tous les cas, sans aucune différence avec la vaccination produite de bras à bras.

Enfin le cow-pox, inoculé à cinq animaux atteints de fièvre aphtheuse, a reproduit une belle éruption vaccinale; ce qui prouve que la fièvre aphtheuse ne saurait être assimilée au cow-pox.

Inoculé à 5 chevaux et ânes d'un âge avancé, une belle éruption de pustules de horse-pox, remarquables par l'abondance de leur sécrétion, l'épaisseur, l'étendue et l'aspect cristallin des croûtes, en est résulté dans tous les cas.

Les inoculations avec le pus de la variole humaine ont présenté des résultats plus nouveaux. Pratiquées sur 17 vaches, génisses ou taurillons, pas un n'a pris le cow-pox ; mais elles ont produit de très-petites papules rougeâtres bien différentes des pustules vaccinales, et qui ont toujours disparu rapidement par une sorte de résorption, sans laisser de croûtes. Cependant 15 de ces animaux, soumis à une contre-inoculation vaccinale, soit avec le cow-pox, soit avec le vaccin, n'ont présenté qu'un résultat négatif, à l'exception d'un seul, qui a eu un beau cow-pox, et 3 autres qui ont offert des pustules vaccinales rudimentaires et éphémères.

Inoculée aux chevaux et ânes vaccinés, la variole n'a rien produit du tout. Mais inoculée à ceux qui ne l'étaient pas, elle a amené de larges boutons coniques, absolument semblables aux papules de la variole, et l'insertion du vaccin sur ces derniers animaux n'a pu faire naître le horse-pox. Ces faits témoignent donc irréfragablement que cette éruption variolique

préserve le bœuf du cow-pox, comme celui-ci protége l'homme de la petite vérole.

Néanmoins le liquide de cette éruption bâtarde en apparence, inoculée à d'autres animaux de l'espèce bovine, n'a produit que des effets encore plus faibles, sinon nuls. D'où une différence très-manifeste entre les résultats de cette inoculation variolique et celle du cow-pox se reproduisant à volonté, ce qui semble déceler aussi une différence de nature entre ces deux virus, contrairement à l'hypothèse émise par M. Depaul.

En effet, pour s'assurer que ce liquide n'était pas tout simplement le virus varioleux, il a été inoculé à un enfant non vacciné. Une pustule en est résultée absolument comme un bouton de vaccine ordinaire entouré de petites pustules, qui ont grossi et se sont généralisées d'une manière confluente sur toute la surface du corps.

Un second enfant, inoculé avec le virus de la pustule primitive, a présenté trois pustules de vaccine accompagnées aussi d'une éruption générale très-discrète, mais parfaitement caractérisée. Or une éruption semblable ne s'étant jamais observée sur les enfants inoculés avec le cow-pox vrai, primitif, on peut conclure à une variole généralisée.

Pour rendre l'épreuve plus concluante, infaillible, le virus des pustules de ce second enfant a été inoculé à une génisse, qui, au lieu du cow-pox, a produit une éruption papuleuse, type de la variole bovine. D'où il est légitime de conclure qu'en s'inoculant au bœuf, la variole ne se transforme point en vaccine, qu'elle reste variole et revient à l'état de variole quand on la rapporte sur l'espèce humaine. L'hypothèse de M. Depaul est donc complétement infirmée.

Chez le cheval, au contraire, on est parvenu à transmettre la variole équine sans en modifier les caractères, qui se sont éloignés de plus en plus du horse-pox, et ce virus, inséré simultanément sur trois enfants, n'a rien donné chez l'un, une variole, faible, discrète, varioloïde chez le second, et une éruption confluente chez le troisième, absolument comme ceux inoculés avec le virus de la variole bovine.

Le liquide de la pustule primitive de celui-ci, inoculé à un quatrième enfant, a produit trois pustules à chaque bras, mais des boutons surnuméraires survinrent alentour, et deux pustules varioliques apparurent sur le ventre.

Celles-ci, inoculées à un quatrième enfant, donnèrent lieu aux

mêmes résultats, ce qui est tout à fait confirmatif des résultats précédents. Et cette éruption est si bien la variole qu'un enfant non vacciné, placé dans la même salle que les précédents, prit une variole spontanée, et que la mère, vaccinée dans son enfance, présenta à son tour une éruption de varioloïde discrète. Enfin, rapporté au cheval et à la vache, le virus recueilli sur ces enfants n'a jamais réussi à faire naître le horse-pox ni le cow-pox.

D'où les conclusions suivantes :

1° La variole humaine s'inocule au bœuf et au cheval avec la même certitude que la vaccine.

2° Les effets produits par l'inoculation des deux virus diffèrent absolument.

Chez le bœuf, la variole ne produit qu'une éruption de papules si petites, qu'elles passent inaperçues quand on n'est point prévenu de leur existence. La vaccine, au contraire, engendre l'éruption vaccinale-type, dont les pustules sont si larges, si bien caractérisées.

Chez le cheval, c'est aussi une éruption papuleuse, sans sécrétion ni croûtes, qu'engendre la variole ; mais quoique cette éruption soit beaucoup plus grosse que celle du bœuf, on ne saurait jamais la confondre avec le horse-pox, si remarquable par l'abondance de sa sécrétion, l'épaisseur de ses croûtes.

3° La vaccine inoculée isolément aux animaux des espèces bovine et chevaline, les préserve en général de la variole.

4° La variole inoculée à ces mêmes animaux, s'oppose généralement au développement ultérieur de la vaccine.

5° Cultivée méthodiquement sur ces mêmes animaux, c'est-à-dire transmise du bœuf au bœuf et du cheval au cheval, la variole ne se rapproche pas de l'éruption vaccinale.

Cette variole reste ce qu'elle est ou s'éteint tout à fait.

6° Transmise à l'homme, elle lui donne la variole.

7° Reprise à l'homme, et transportée de nouveau sur le bœuf ou le cheval, elle ne donne pas davantage, à cette seconde invasion, le cow-pox ni le horse-pox.

Donc, malgré les liens évidents qui, chez les animaux comme chez l'homme, rapprochent la variole de la vaccine, ces deux éruptions n'en sont pas moins parfaitement indépendantes et ne peuvent se transformer l'une dans l'autre.

Donc, en vaccinant d'après la méthode de Thiélé et de Ceely, on pratique l'ancienne inoculation, rendue bénigne par la pré-

caution de n'inoculer que l'accident primitif, mais ayant, à coup sûr, conservé tous ses dangers au point de vue de la contagion. (*Acad. de méd.*, et *Gaz. méd. de Lyon*, n° 11.)

Dangers du virus vaccino-variolique. Contrairement aux expériences de Ceely et de la théorie de M. Depaul, la commission lyonnaise, en retransportant sur dix enfants du virus variolique, préalablement transporté sur des vaches et des chevaux, a vu constamment une éruption générale en résulter. Bénigne chez les uns, grave et très-grave chez les autres, cette éruption a même été mortelle pour l'un d'eux. La propriété contagieuse de l'éruption s'est même révélée dans un cas par sa transmission de l'enfant à sa mère. Dans cette migration de l'homme aux animaux et des animaux sur l'homme, le virus vaccino-varioleux ne perd donc rien de sa spécificité. Aussi la commission conclut-elle de ces expériences à la non-identité absolue des deux virus, contrairement à la doctrine de M. Depaul. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Toutes ces expériences et leurs résultats, ainsi que les conclusions qui en découlent, sont relatés dans l'ouvrage suivant :

Vaccine et variole, nouvelle étude expérimentale sur la question de l'identité de ces deux affections, étude faite au nom de la Société des sciences médicales de Lyon. Un vol. in-8°.

Revaccination. L'armée prussienne offre surtout des documents précieux à cet égard, par le soin avec lequel il est procédé à cette petite opération, et la publicité des résultats qui n'a pas lieu de même en France. Sur 69 560 revaccinés en 1864, dont 2899 n'offraient pas de traces perceptibles de vaccination antérieure, l'inoculation suivit une marche régulière chez 43 596, irrégulière chez 10 505, et resta nulle chez 15 459.

Ceux-ci réinoculés offrirent 4897 succès : 10 392 restèrent réfractaires.

La vaccine s'est donc développée régulièrement dans 48 493 cas, soit 62 pour 100, proportion bien supérieure à celle qui a été signalée en Belgique par M. Vleminckx. (Voy. *année* 1864.)

Les pustules ont été :

De 1 à 5 chez	24,352	revaccinés.
De 6 à 10 —	14,923	—
De 11 à 20 —	8,419	—
De 21 à 30 —	799	—

Néanmoins cette éruption n'est en général suivie d'aucun accident. Un seul homme vacciné tomba malade deux jours après sa revaccination et une variole confluente suivit, qui l'emporta pendant la période de suppuration. (*J. de clin. méd. de Berlin*, n° 13.)

Chez 272 femmes âgées de dix à soixante ans, la plupart de douze à vingt, revaccinées à la Maternité (de Lille), par M. Binaut, à l'occasion de l'épidémie de variole, dans cette ville, en 1864 et 1865, il y a eu 66 succès, savoir : 43 sur 125 revaccinations pratiquées de bras à bras ; 23 sur 140 faites avec du vaccin conservé, et 0 sur 7 pratiquées avec du cow-pox envoyé de Cassel. Sans entrer dans les minutieux détails que comporte la décomposition de ces chiffres sous tous les rapports, et qui font de ce travail un véritable mémoire à consulter, nous conclurons en disant qu'il réfute péremptoirement les craintes émises sur le danger des revaccinations pendant une épidémie de variole. Pendant plus de quatre mois que les revaccinations ont eu lieu, pas un seul cas de variole ni de varioloïde n'a eu lieu sur ces malades, quoique ces maladies fussent assez nombreuses dans le voisinage de l'établissement où elles étaient pratiquées (*Bull. méd. du Nord*). Quant au danger exprimé de la vaccination pendant la grossesse, on ne peut que répéter l'interrogation ; aux faits d'y répondre.

Vaccine syphilitique. Malgré les faits *prodigieusement* rares de l'inoculation *bien avérée* de la syphilis par la vaccination, M. Depaul, adoptant cette doctrine sans restriction, en fait un danger public, et voulait en conséquence, comme directeur de la vaccine à l'Académie de médecine, soumettre la question à l'autorité dans son rapport annuel comme moyen efficace d'avertissement à tous les vaccinateurs et pour mieux conjurer le danger. A cet effet, il rappelle, relate tous les faits venus deci, delà, qu'il accepte sans examen ni contrôle, et auxquels il veut ainsi donner, conférer la haute sanction officielle de l'Académie. Au lieu de les analyser séparément, sévèrement, il veut qu'on les rapproche pour qu'ils se complètent l'un par l'autre dans leurs parties défectueuses. L'ulcération à l'un des bras lui paraît un signe accusateur de première importance. Que l'état syphilitique de la plupart des vaccinifères soit ou non prouvé, dès que celui de M. Lecocq l'était par exemple, cela lui suffit. L'objection de savoir pourquoi un certain nombre de vaccinés

sont restés indemnes est puérile, puisque l'on a vu de ces cas heureusement réfractaires à tous les modes d'inoculation syphilitique. Toutes les nombreuses expériences contradictoires s'expliqueraient suivant la théorie de M. Viennois, que M. Depaul n'adopte pourtant pas sans réserve, par cette raison que tout le virus vaccin n'est pas contenu dans la *poche vaccinale*, c'est-à-dire la pustule. C'est ainsi qu'en enlevant l'enveloppe extérieure, en épongeant et en essuyant tout le contenu avec un linge, on voit sourdre par les capillaires du derme un nouveau liquide qui a toutes les apparences du premier et qui produit les mêmes résultats. Et comme preuve qu'il fait partie du sang et surtout du sérum, c'est qu'il est jaune quand il provient d'un enfant encore atteint de l'ictère des nouveau-nés.

C'est avec cette méthode scientifique, plus systématique, hautaine, passionnée que rigoureuse et rationnelle, que M. Depaul prétendait imposer ses croyances et ses décrets à l'Académie, jeter la défaveur sur la vaccine et la perturbation dans tous les esprits qui croient à ses bienfaits, car les mesures qu'il préconise pour en atténuer le danger sont aussi illusoires que ses craintes exagérées; telles sont : la précaution de ne prendre du vaccin que sur des enfants de deux à trois mois, terme ordinaire de la manifestation syphilitique héréditaire, après les avoir examinés des pieds à la tête ; celle d'éviter le mélange du sang, et pour cela de vacciner avec l'aiguille spéciale plutôt qu'avec la lancette ; enfin la vaccination animale, c'est-à-dire le cow-pox naturel au moyen des génisses vaccinifères, avec cette garantie que l'espèce bovine est réfractaire à l'inoculation syphilitique. Mais la discussion, en portant la lumière dans tous ces faits, en appréciant ces moyens prophylactiques, a arrêté heureusement l'Académie dans la voie où M. Depaul voulait l'entraîner prématurément. Elle a montré que toutes ces questions étaient loin d'être résolues.

A propos des faits contradictoires, par exemple, ce ne sont pas seulement des milliers de vaccinations faites sans accidents, alors qu'il est bien difficile d'admettre que le virus n'ait eu parfois une source infectée, fait écrasant par lui seul, mais des expériences précises faites avec du vaccin provenant de sujets syphilitiques, sans qu'il en soit résulté jamais une syphilis vaccinale. Ces faits négatifs ont encore plus d'authenticité et de valeur que les faits affirmatifs bien inférieurs en nombre. Pourquoi donc M. Depaul n'en a-t-il pas tenu compte ?

Constater authentiquement l'état syphilitique des vaccinifères n'est pas moins indispensable, car autrement on s'expose aux plus graves erreurs. Dans le fait de Rivalta par exemple, la source de l'infection attribuée au vaccin d'Acqui, alors que tardivement il fut constaté par le docteur Pacchiotti, qu'elle provenait de seconde main de l'enfant Chiabrera, âgé de onze mois, et de la plus belle santé en apparence, dont les pustules avaient été régulières, mais infecté par une nourrice d'*occasion* deux mois avant la vaccination. Cette obscurité existe dans la plupart des faits invoqués depuis à Paris et ailleurs, notamment le fait de l'Hôtel-Dieu. Et quand, dans ce cas, dit M. Ricord, sur quatre vaccinés avec le même vaccin, la même lancette, une seule — cette jeune femme sortie un mois de l'hôpital dans l'intervalle de la vaccination à l'apparition de la syphilis et retrouvée depuis à la *Closerie des Lilas* — offrit des traces de syphilis, comment admettre, sans réserve, qu'elle provenait de la vaccine? Une foi robuste, systématique en est seule capable, car c'est ériger une exception en règle.

Soumis à des investigations persévérantes, à une enquête scrupuleuse, la généralité des faits produits en masse perdent ainsi de leur valeur. Celui de M. Adelasio, de Bergame, envoyé par M. Viennois, et admis sans restriction par M. Depaul, est ainsi frappé en partie par M. Chatard, qui, appelé à faire un rapport à ce sujet à la Société de médecine de Bordeaux, a reconnu avec une bonne foi qui l'honore que l'origine de la première infection du moins était entachée d'obscurité et de doute. Si, d'après l'examen qu'en a fait le docteur Adelasio, dit M. Gamberini, il a trouvé comme il le déclare la vaccinifère saine, sans engorgement glandulaire ni éruption présentant des pustules vaccinales régulières, si les parents étaient sains et d'une santé florissante comme il le déclare, comment peut-il dire qu'elle a transmis la syphilis ? où était cette syphilis ? où en trouver la source ? Il n'y a donc pas lieu de conclure comme lui que c'est là un fait positif. C'est une coïncidence de la syphilis avec la vaccine et rien de plus, car l'origine est inconnue. (*Imparziale*, n° 3.)

Les observations rétrospectives datant de dix ou quinze ans que chacun s'empresse d'exhumer de ses souvenirs pour les besoins de la cause, comme celle de M. Rollet par exemple ou des livres comme M. Bouvier, sont donc sans garantie, sans valeur. Et quand, à côté de ces faits épars dont on ne connaît pas bien

authentiquement la source, se sont développées sans accidents des milliers et des milliers d'inoculations alors que l'on ne prenait aucune précaution en les pratiquant, comment ne pas être exigeant avant d'admettre comme règle invariable la transmission de la syphilis par la vaccination.

A tous les faits qui déposent contre cette interprétation, et notamment les nombreuses inoculations faites à l'Académie de médecine, où aucun accident de ce genre n'a jamais été observé, nous pouvons ajouter, dit M. Dubreuilh, directeur de la vaccine dans la Gironde, que sur 6000 vaccinations faites, sans aucun choix, depuis quinze années et enregistrées avec soin, nous n'avons pas vu un seul cas de syphilis transmis par la vaccine. Nous avons noté 400 vaccinations faites à l'hôpital de la Maternité, sur des enfants dont les antécédents sont loin d'être parfaits, atteints souvent d'éruptions douteuses, d'ophthalmie purulente, dont les mères sont, au moment de l'accouchement, atteintes soit d'accidents primitifs, soit d'accidents secondaires, et pas une seule transmission de ces accidents par la vaccine. (*Soc. de méd. de Bordeaux.*)

Dans l'armée où la syphilis est si commune, M. Larrey, en revoyant les rapports, n'a pu rencontrer aucune remarque relative à cette syphilis vaccinale.

Et il y a d'autant plus lieu d'être réservé sur l'origine de ces infections par la vaccine, que les faits les plus concluants sont infirmés par les détails de l'observation. Ainsi, tandis que l'incubation est fixée à vingt-quatre jours en moyenne, et pouvant aller jusqu'à trente-cinq et au delà, c'est à partir du quatrième que le développement de la pustule se montre anormale dans les observations de M. Lecocq. Dans les autres, elle varie de huit à quarante-deux jours, remarque M. Ricord; est-ce assez élastique ?

Dans d'autres cas, au contraire, la syphilis paraît n'avoir été transmise que de seconde main. Ainsi, dans le fait de Rivalta, la petite Manzone, d'une très-bonne santé, vaccinée avec le vaccin de Chiabrera, infecté sans aucune trace, ne présenta non plus rien d'anormal dans les pustules jusqu'au dixième jour, et c'est ainsi qu'elle put servir à inoculer 17 autres enfants, dont 7 furent contagionnés. Dans les faits du docteur Hubner, les accidents ne se développèrent chez les vaccinifères inculpés : chez l'un, que cinq mois après son inoculation ; chez l'autre, *pas du tout*. Il faudrait donc conclure de là, contre toutes les lois de

physiologie pathologique, que la syphilis a le triste privilége de se transmettre avant, pendant et après toutes les manifestations.

La théorie commode de M. Viennois pour expliquer bien des mystères ne saurait éclaircir ceux-ci. D'ailleurs on ne comprend pas que le virus formé du sang et mélangé à du sérum, puisse être inoculé sans danger, tandis qu'une gouttelette de sang communiquerait la syphilis. En examinant au microscope le vaccin sur plaque de l'Académie, M. le professeur Robin a constaté que les globules sanguins y fourmillent. On ne saurait donc plus invoquer ce secours tout hypothétique.

Il ne s'agit donc plus de dire que la syphilis est transmissible par la vaccine, dit M. A. Latour, mais simplement qu'elle a pu être transmise par la vaccination, ce qui est tout différent. « On aura beau mettre en suspicion, ajoute la *Revue médicale*, le témoignage unanime de trois générations de médecins, qui dépose en faveur de la vaccine intacte de toute alliance impure ; ce témoignage est écrasant, lorsqu'on y songe avec la portée d'intelligence requise par la véritable observation médicale. Aujourd'hui qu'on institue des lois pathologiques avec un certain nombre de faits, nous défions qu'on nous montre une loi mieux assise que celle que l'on ferait avec l'innombrable quantité de vaccines qui ont produit le vaccin et qui n'ont produit que le vaccin sur l'homme. Impossible d'accorder ce témoignage avec les prétentions actuelles, à moins de dire que la puissance du vaccin s'est affaiblie, a dégénéré comme le prétendent les vaccinophobes. Le fait si concluant de M. Millard n'autorise même pas ces prétentions. Voy. Syphilis vaccinale.

Prophylaxie. Malheureusement les moyens invoqués par M. Depaul pour mettre les vaccinés à l'abri de la contagion ne sont rien moins que sûrs. Ainsi l'examen rigoureux du vaccinifère, même âgé de trois mois au moins, n'est pas une garantie complète, car sous les apparences de la santé, il peut avoir une syphilis constitutionnelle héréditaire où l'affection extérieure est retardée. D'accord avec M. Ricord, la statistique de M. Simas montre, en effet, que dans un assez grand nombre de cas, elle apparaît au delà (voy. Syphilis infantile). L'examen de la nourrice et des parents, s'il était possible, n'offrirait même pas une sécurité parfaite. L'examen des pustules n'est pas non plus exempt de doute, car il est souvent fort difficile, a dit

M. Blot, de distinguer la syphilis du phagédénisme vaccinal, tellement que MM. Bergeron et Cullerier n'ont pu porter un diagnostic définitif.

Le célèbre syphilographe Sygmund dit aussi qu'après dix-huit ans d'expérience il n'a jamais aperçu la moindre différence des pustules vaccinales développées sur des sujets syphilitiques. Aussi ne croit-il pas à la garantie absolue des mesures prophylactiques proposées. (*Viener med. Voch.*)

Quant à l'usage de l'aiguille de préférence à la lancette, il ne peut avoir d'avantage qu'en prévenant l'irruption du sang, car la moindre quantité de virus qu'elle transporte ne saurait être une mesure préservatrice. On peut avec la lancette éviter cette irruption du sang et, dans le doute même de la nocuité du mélange, n'inoculer que du vaccin pur et ne pratiquer que des pustules superficielles avec tout le soin possible. Car si toutes ces mesures prises séparément ne sont pas infaillibles, elles sont du moins des garanties contre les accidents ultérieurs et les soupçons jetés sur la vaccine par quelques faits font un devoir au médecin d'y recourir.

Pour juger expérimentalement si la contagion s'opère par le sang, M. Viennois a proposé à l'Académie de médecine de prendre du liquide vaccinal sur un enfant de trois mois, né d'une mère syphilitique et non traitée, et de l'inoculer, exempt de tout mélange sanguin, sur un certain nombre de sujets sains et, sur un seul bras de l'un d'eux, d'inoculer le même vaccin mélangé de sang. L'épreuve est difficile à réaliser, car qui voudrait s'y soumettre, sinon le docteur Corlieu, qui, comme une preuve de sa conviction que la syphilis n'est pas transmissible de cette manière, s'est offert à une inoculation expérimentale. Heureusement cette épreuve dangereuse n'est plus à faire, un pareil sacrifice serait inutile, car M. Sébastian répond qu'il l'a tentée sur lui-même en s'inoculant sans obtenir aucun résultat. (*Acad. de médecine.*)

Vaccin en tube. Se fondant sur ce que les exemples de transmission vaccino-syphilitique connus résultent de vaccination de bras à bras, M. Diday propose de ne recourir qu'au vaccin en tube comme mesure prophylactique (on se demande si elle est possible) et de vacciner les enfants de trois à cinq semaines après leur naissance, la syphilis, lorsqu'elle doit apparaître chez eux, se manifestant par les lésions les plus accentuées à cet âge

et étant ainsi d'autant plus facile à reconnaître par le vaccinateur.

De cette manière, dit M. Diday, le médecin ne privera aucun nouveau-né syphilitique du bienfait de la vaccine. Ce sera à lui ensuite de veiller à ce que le vacciné ne devienne pas vaccinifère et à ce sujet, il a un moyen infaillible à employer : c'est la cautérisation de la pustule dangereuse dès le quatrième jour ; le pouvoir antivariolique étant déjà réalisé à cette période. (*Acad. de méd.*)

Comme une conséquence de cette discussion, voici la statistique que le docteur Poggio en a établi d'après les faits invoqués de part et d'autre, hormis ceux qui n'ont pas la sanction de l'authenticité voulue :

	Vaccinés.	Infectés.	Sains.
Faits de Cerioli.	46	40	6
— Tassani	64	46	18
— Vétérinaire B.	24	19	5
— Hubner	13	8	5
— Monel, de New-York.	1	1	»
— Marcolini.	40	40	»
— Viani	2	2	»
— Lecocq	2	2	»
— Galligo	14	14	»
— Pacchiotti	63	46	17
— Bidart.	6	»	6
— Montain.	30	»	30
— Schreier.	2	»	2
— Trousseau	5	1	4
— Devergie.	1	1	»
— Hérard.	1	1	»

Ainsi, 314 vaccinations produisirent 221 infections et 93 cas égatifs. Une telle proportion dispense de toute autre considé-ation pour ou contre l'infection. (*Siglo medico.*)

Inoculation unique. Basé sur l'unicité et la puissance des vi-s, autant que sur l'inoculation unique et souvent bien légère, aperçue même, qui suffit à la manifestation de la syphilis, la ge, la pustule maligne, la morve, l'infection générale succé-ant à la piqûre anatomique, M. Chailly prétend qu'une piqûre ffirait de même pour l'inoculation du vaccin, et que la vac-ne serait aussi efficace ainsi qu'avec un plus grand nombre. ui prouve que six piqûres sont nécessaires pour saturer l'éco-omie, plutôt que dix, cent? Depuis dix ans, il n'en pratique une seule à chaque bras, et encore est-ce par compromis

avec le préjugé ou amour du parallélisme ; une seule suffirait.

En conséquence, il propose de n'en pratiquer qu'une seule à l'avenir, au lieu de six, comme diminuant les chances dans cette proportion, d'inoculer la syphilis. M. Galligo a préconisé le même moyen préventif dans son *Traité des maladies vénériennes* (3e édition, 1864). Legroux le préconisait de même pour prévenir l'érysipèle, comme ayant moins de chances d'éclater qu'avec des boutons multiples. D'accord avec les faits, cette pratique diminuerait, en effet, les chances d'infection. Le pis est de recommencer, si l'inoculation ne réussit pas, et ce léger inconvénient ne saurait entrer en parallèle avec les graves accidents dont il s'agit. (*Union médicale.*)

Vaccination officielle. La meilleure prophylaxie, selon M. Heulhard-d'Arcy, est de ne pas vacciner les enfants légitimes avec le vaccin des enfants assistés, et en ne prenant ce vaccin que sur des enfants d'un an pour plus de sûreté de la non-existence syphilitique latente ; enfin de pratiquer convenablement la vaccination, et de ne pas en confier l'exécution aux sages-femmes, religieuses, curés, instituteurs, comme cela se pratique dans la Nièvre. Pour cela, il s'agit d'ordonner :

1° Que toutes les vaccinations se fassent à la mairie gratuitement, comme pour l'inscription des naissances sur le registre de l'état civil ;

2° Qu'un registre *ad hoc* y soit tenu par le secrétaire, qui inscrirait le nom du vacciné, la date de la vaccination, et huit jours plus tard, d'après le rapport du médecin, le résultat de l'opération ;

3° Que tout enfant ne peut être admis dans une école sans avoir un certificat du maire indiquant la date et le résultat de la vaccination pratiquée sur lui antérieurement.

Par ce règlement très-simple, les riches donneraient l'exemple aux pauvres, et en se généralisant ainsi, on étudierait les adultérations dont la vaccine est susceptible. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, avril.)

Vaccinations publiques. M. Pellarin indique les mesures suivantes pour mieux conjurer le danger :

1° Examen par le vaccinateur, dans un local séparé, de chacun des enfants âgés de plus de trois mois, et destinés à fournir du vaccin.

2° Double prime à accorder aux parents de ceux qui serviront de vaccinifères.

3° Distribuer les enfants à vacciner par série de cinq, dix ou quinze.

4° Vacciner chaque série avec le même vaccin, afin que la filiation puisse être suivie.

5° Éviter toute effusion de sang et n'inoculer que la lymphe incolore.

6° Se servir d'une lancette séparée pour ouvrir les pustules, sans jamais piquer de nouveau avec celle qui sert à vacciner, ou bien la laver, la nettoyer avec soin, s'il devient nécessaire d'ouvrir une autre pustule. (*Union méd.*, n° 36.)

Deux causes existent, suivant le docteur Condie, contre l'efficacité de la vaccination comme préventif de la variole : l'altération du virus inoculé et son défaut d'action sur l'économie. La première résulterait du passage consécutif du vaccin sur plusieurs générations, sans être renouvelé, opinion émise sans plus de preuves qu'il n'en a été donné jusqu'ici, et la seconde de l'insuffisance des piqûres, soit en nombre, soit en profondeur, et du défaut d'action qui en résulte sur l'économie. Il en trouve la preuve dans les faits relatés par M. Simon dans son rapport du conseil de santé. Sur 6000 décès de variole chez des vaccinés dans une période de vingt-cinq ans. 22 : 100 ne présentaient aucune trace de cicatrice ; 4 : 100 ou 1 : 25 présentaient une seule cicatrice, et la proportion s'élevait jusqu'à 12 : 100 quand elle était peu apparente. Elle était à peine de 3 : 100 chez ceux qui avaient deux cicatrices bien marquées, et de 7 quand elles étaient peu apparentes. Enfin, elle s'abaissait à 2 et même 1 : 100 chez ceux qui présentaient trois et quatre piqûres.

Une autre preuve, c'est que sur 500 revaccinations pratiquées par lui, l'inoculation réussit parfaitement dans les 81 cas où il n'existait aucune cicatrice, et de même dans 34 cas où elle était plus ou moins apparente, sans aucune distinction, quant à l'âge et la date de la première vaccination. (*Dublin med. Press*, juillet, n° 289.)

Il résulterait de ces derniers faits, s'ils étaient confirmés par d'autres observateurs, la nécessité absolue de quatre piqûres au moins. Une seule, comme le préconise M. Chailly, serait tout à fait insuffisante, réussît-elle parfaitement. Mais, il faut bien le dire, l'observation générale ne dépose pas aussi nettement dans ce cas.

Vaccination animale. Sur 180 enfants, de neuf à douze ans et demi, revaccinés par M. Lanoix, au lycée du Prince-Impérial, elle reproduisit des pustules de bonne vaccine chez 63.

Dans une deuxième séance, 200 enfants de sept à neuf ans y furent soumis ; 20 seulement eurent une bonne vaccine.

Sur 400 enfants de la succursale de Sainte-Barbe, à Fontenay, revaccinés de même par M. le docteur Michel, elle réussit dans 76 cas.

71 revaccinations, sur des sujets de quatorze à vingt ans, ont donné 31 succès. Sur des adultes de vingt à quarante, le chiffre des succès est de 97 sur 200. Il est de 7 sur 30 sur des sujets âgés de quarante à cinquante ans. Enfin, sur 5 personnes de cinquante à soixante ans, 2 ont été revaccinées avec succès.

Toutes les observations recueillies, toutes les réflexions suggérées par l'étude de la vaccination animale *avec le vaccin de génisse*, dit l'auteur, consolident ma foi déjà profonde, que les affirmations de M. Negri avaient fait naître en moi. La transmission du vaccin est toujours possible de la génisse à la génisse, et en aussi grande quantité que pourront l'exiger les besoins d'un grand service. Le vaccin ne s'affaiblit pas, mais il conserve plus longtemps, plus sûrement son activité dans son passage à travers l'organisme animal que dans son passage à travers l'organisme humain.

Les vaccinations donnent toujours ou presque toujours un résultat positif ; les revaccinations, une moyenne de succès supérieure à la moyenne de succès fournie par le vaccin humain.

La pratique de la vaccination par le vaccin de génisse est facile. Elle devient, en temps d'épidémie de variole, une ressource puissante pour combattre cette terrible maladie, en raison de l'abondance du vaccin qu'elle peut rapidement porter sur tous les points où il est nécessaire. (*Acad. de méd.*, 8 mai.)

Ces faits sont confirmés par M. Warlomont, qui dirige à Bruxelles un établissement de génisses vaccinifères, comme M. Lanoix à Paris. De 22,83 succès : 100 cas de revaccination, d'après la statistique précédente et quelques additions, il montre que cette proportion s'élève jusqu'à 24,74 : 100 dans l'armée italienne, d'après le tableau des revaccinations en 1863-1864, et le premier trimestre de 1865. Sur 6749 soldats revaccinés par M. Bima, médecin en chef du 6ᵉ département, 1670 ont eu une vraie vaccine, tandis que, d'après les statistiques

de M. Vleminck avec le vaccin, les succès n'ont été que de 3,24 : 100. (*Acad. de méd. de Belg.*, 24 juin.)

Des témoignages contradictoires énergiques se sont élevés à Rouen, où une épidémie de variole sévit. Plusieurs vaccinateurs, membres du Comité permanent, ont repoussé l'usage du procédé napolitain, comme à Paris et à Lyon, en tant que moyen pratique de maintenir et de propager la vaccine. D'autres l'ont trouvé infidèle dans plusieurs cas, notamment M. Gaudin, vaccinateur à Quincampoix, et M. Frianville, à Envermeu. (*Union méd. de la Seine-Inf.*, p. 185.)

La lumière sur ce sujet important n'est donc pas encore complète, et s'il est vrai qu'il faut accorder plus de confiance à une expérience étendue des observations nombreuses qu'à des faits isolés, recueillis par des praticiens encore mal au courant de ce mode spécial d'inoculation, il ne faut pas les rejeter complétement, car l'apôtre d'une doctrine, le propagateur d'un procédé, peut aussi se faire illusion. C'est à l'expérience de tous à prononcer.

A Bruxelles comme à Rouen, et même dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, ceux de MM. Bouchut et Gubler notamment, de nombreux insuccès de la méthode napolitaine ont été signalés. Pour y obvier, M. Warlomont a modifié le procédé. Au lieu de recueillir invariablement le cow-pox sur des génisses vaccinées depuis huit jours, il l'a pris dès que les pustules étaient arrivées à point, soit au cinquième, au sixième ou au septième jour, selon leur degré de maturité et, en règle générale, à celles dont l'aspect se rapproche le plus de celles de l'homme; plus elles sont jeunes, du moment où elles renferment de la lymphe, et plus elles ont paru actives. D'autre part, il a renoncé à enlever les pustules pour en gratter la face profonde, de même qu'à insérer le cow-pox dans des incisions; il en est revenu à l'insertion traditionnelle, au moyen de piqûres de la lymphe recueillie à la surface des pustules, comprimées à leur base et dépouillées de la croûte épidermique recouvrant la plaie d'inoculation. Depuis qu'il a adopté ce *modus faciendi*, les succès ont été constants. On voit que si la méthode reste, le procédé est profondément modifié et perfectionné. (*Acad. de méd. de Belg.*, octobre, et *Union méd.*, n° 150.)

VALGUS DOULOUREUX. Voy. Tarsalgie.

VARICE. *Hémorrhagie mortelle.* Contre l'opinion de Delpech, M. Simpson a réuni 16 cas de mort par hémorrhagie, suite de rupture de varices chez 13 femmes et 3 hommes. Il est donc probable que la gestation a joué un rôle considérable dans la production de ces hémorrhagies, car autrement les hommes sont aussi sujets que les femmes aux varices. Dans 8 de ces observations, où l'état de l'utérus est indiqué, il en est 6 où il existait en effet une grossesse plus ou moins avancée.

C'est ainsi que le 30 août 1864, appelé en toute hâte à *Servant's home*, pour une femme qui, disait-on, perdait tout son sang, M. Simpson la trouva étendue sur un escalier, exsangue, sans pouls, ni parole. Après avoir reconnu que le sang était fourni par un orifice situé au centre d'un ulcère variqueux de la jambe droite, il appliqua rapidement un bandage compressif, et, l'ayant placée dans une position horizontale, elle expira aussitôt, c'est-à-dire quarante minutes à peine après le début de l'hémorrhagie.

C'était la saphène interne qui était perforée, et l'orifice pouvait admettre une plume de corbeau : elle était très-dilatée, tortueuse, et communiquait librement avec de nombreuses collatérales, présentant les mêmes altérations. Les parois de ces veines étaient épaissies, indurées et rigides, de manière que leur division restait béante comme une artère.

L'hémorrhagie, dans ce cas, est insidieuse et arrive souvent à un degré extrêmement grave, sans que les malades aient éprouvé des troubles fonctionnels importants. Quant au traitement, il ne suffit pas d'exercer une compression au-dessous de la solution de continuité, car l'hémorrhagie peut se faire par le bout supérieur, soit que la dilatation du vaisseau ait amené l'insuffisance des valvules, soit à cause de l'altération des collatérales. Un bandage compressif est indispensable. (*Edinb. med. Journ.*, février.)

VARICELLE. A l'occasion d'un prétendu fait de ce genre, relaté par M. Géry à la Société médico-chirurgicale, qui aurait déterminé une variole confluente quinze jours après dans la même maison, M. Martineau conclut, au contraire, de la contagion même que c'était une varioloïde, la varicelle n'étant pas contagieuse. Il montre l'importance de ce diagnostic différentiel, et rappelle les caractères de la varicelle pour l'établir plus sûrement. Ainsi, pas de phénomènes prodromiques dans cette

éruption. L'enfant est pris de malaise, de mal de tête, de fièvre, et le jour même apparaît sur le corps, la face ou les membres de petites taches rosées légèrement acuminées, disparaissant dès le lendemain et remplacées par de grosses vésicules, de véritables bulles, ressemblant à celles du pemphigus contenant une sérosité transparente. A côté apparaissent de nouvelles taches qui se transforment ainsi successivement pendant plusieurs jours comme de véritables poussées coïncidant avec la fièvre.

En même temps que se font chaque **nuit** ces nouvelles poussées, on voit les premières bulles devenir louches, purulentes, et, dès le troisième jour, elles se crèvent, se recouvrent d'une croûte noirâtre et disparaissent de manière à accomplir leur évolution en sept jours. Elles laissent une tache rougeâtre qui disparaît très-vite. Ces poussées successives peuvent durer de dix à vingt jours, bien que toutes les bulles n'arrivent pas à suppuration.

A ces caractères, on peut diagnostiquer une varicelle, qui n'a aucun danger de contagion, comme les inoculations de M. Trousseau l'ont prouvé (*Union méd.*, n° 53). Pourtant, devant la résistance de la majorité des praticiens, qui persistent à soutenir le contraire, de nouvelles expériences seraient au moins nécessaires pour le confirmer, et, en cas de doute, mieux vaut séquestrer les malades.

VARIOLE. Sa rareté à l'état confluent chez les très-jeunes enfants rend le fait observé par M. Henrard et relaté à la *Société de médecine de Liége* des plus intéressants. Il s'agit d'une petite fille de six semaines, non vaccinée, dont la mère et la nourrice avaient visité seules, le 7 septembre 1864, deux connaissances atteintes de la variole. Le 11 octobre suivant, l'enfant fut prise de fièvre, vomissements et d'une éruption abondante de papules roses sur toute la surface du corps, notamment à la face, où ces papules, transformées bientôt en pustules ombiliquées, sont tellement rapprochées et confondues que l'enfant a peine à voir, et ne peut aucunement respirer par le nez ; la bouche est entr'ouverte, une éruption, semblable à celle de la surface tégumentaire, s'est faite dans les cavités buccale et pharyngienne ; la respiration s'opère avec quelque difficulté ; l'enfant tette et boit difficilement, il y a des vomissements de temps à autre, une légère diarrhée, de la bronchite caractérisée par des râles humides.

La suppuration se manifeste au sixième jour dans les pustules qui se dessèchent et tombent le vingt-troisième jour. Cette affection s'est terminée sans entraves dans sa marche, contrairement à ce qu'en disent les auteurs classiques.

Aux divers topiques employés pour éviter les cicatrices des pustules sur la face, M. Montalier ajoute une pommade avec le charbon végétal. Des onctions employées chez deux jeunes filles ont parfaitement prévenu toute trace de l'exanthème ; le topique préserve non-seulement les parties du contact de l'air, mais de la lumière, et l'on sait que des médecins américains ont prétendu que l'obscurité suffisait à prévenir ces cicatrices. Cette pommade prévient aussi la mauvaise odeur de la suppuration. (*Soc. de méd. de Bordeaux.*)

Sulfite de soude. Sur 71 varioles confluentes chez des enfants non vaccinés à la Charité de Lyon, il n'y a eu que 8 morts. Ce résultat relativement heureux, M. Socquet l'attribue à l'emploi du sulfite de soude administré à la dose de 6 à 8 grammes. La suppuration était abrégée et la guérison très-prompte.

Variole anomale. Voy. Sang.

Variole *in utero*. Une domestique de vingt et un ans, n'ayant jamais connu d'homme, a des rapports sexuels avec son maître, convalescent de variole. Une grossesse pénible s'ensuit qui la fait entrer à l'Hôtel-Dieu, dans un service où il n'y a pas de varioleux. Six jours après, l'avortement a lieu, et l'embryon, de cinq mois en viron, qui date des premiers rapports, porte des pustules varioleuses sans que la mère ait rien éprouvé.

Faut-il admettre ici que la mère a été simplement le conducteur intermédiaire du principe contagieux sans rien d'héréditaire, ou que, comme on le voit pour la syphilis, le virus a été transmis par le père, et que sa manifestation n'a éclaté qu'après une incubation prolongée ? (*Soc. de biologie.*)

VERSION EXTERNE. Voy. Dystocie.

VOMISSEMENTS. Voy. Grossesse.

Z

ZONA. M. le docteur Crépinel (de Troyes) l'a guéri avec

des applications externes de chloroforme, comme il en rapporte quatre exemples. Il calme surtout efficacement les douleurs insupportables qui l'accompagnent. Cinq à six fois par jour, il fait une application du mélange suivant sur les parties malades :

℞ Huile d'amandes douces	. . . .	20 grammes.
Chloroforme	. . . .	4 —
Mêlez.		

On augmente ou l'on diminue la dose suivant l'âge et l'intensité des douleurs, qui disparaissent ordinairement en un ou deux jours. La guérison est ordinairement complète en six ou huit jours, surtout quand la maladie est récente. (*Bull. de la Soc. méd. de l'Aube*, n° 1.)

FIN.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.



